

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DANILO AUGUSTUS LEON AGRELLI GREGIO

**REMUNERAÇÃO BASEADA EM VALOR NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL:
REALIDADE OU UTOPIA?**

CURITIBA

2021

DANILO AUGUSTUS LEON AGRELLI GREGIO

**REMUNERAÇÃO BASEADA EM VALOR NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL:
REALIDADE OU UTOPIA?**

Artigo apresentado como requisito parcial à conclusão do Curso de MBA em Gestão Estratégica, do Departamento Administração Geral e Aplicada/Setor de Ciências Sociais e Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Claudimar Pereira da Veiga

CURITIBA

2021

REMUNERAÇÃO BASEADA EM VALOR NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL: REALIDADE OU UTOPIA?

Danilo Augustus Leon Agrelli Gregio

RESUMO:

Este artigo de intervenção tem o propósito de disseminar o conhecimento da Remuneração Baseada em Valor (VBR) na área da saúde e demonstrar as novas ações e conceitos para viabilizar o sistema de saúde no Brasil para responder se é uma realidade ou utopia. Este é um estudo qualitativo, indutivo, exploratório e descritivo, com aprofundamento do conhecimento sobre o tema, com busca de conceitos e de casos implementados em outros países, suas importâncias e desafios quanto ao modelo VBR. A demonstração dos conceitos mostra a importância ou não da disseminação da VBR como uma forma de avaliar os serviços prestados. Além disso, engajar os usuários quanto ao impacto desse novo modelo de remuneração por hospitais e planos de saúde do Brasil, e quais as vantagens os usuários podem obter com esse novo modelo. Por fim, entende-se que o objetivo principal é propor melhorias para todo o sistema de saúde no país.

Os resultados encontrados sugerem que se faz necessário uma adequação ao atual modelo atualmente existente no Brasil, principalmente, se comparado aos modelos apresentados nos estudos que tem sido realizados globalmente, afinal, é unânime que não se pode conviver com tanto desperdício de toda a cadeia assistencial, com tamanha ineficiência nos processos de saúde e alto custo para realização de atendimentos e procedimentos na atenção básica, média e alta complexidade.

Palavras-chave: Remuneração; Valor; Remuneração baseada em valor; Novas formas de remuneração na área da Saúde, Novos modelos de remuneração na área da saúde e *Fee For Service*.

SUMÁRIO

1) Introdução.....	04
1.1 Objetivo geral	
1.2 Objetivo específico	
2) Materiais	
2.1) Gestão dos serviços de saúde.....	07
2.1.1) Fundamentos da gestão dos serviços em saúde.....	07
2.1.2) Gestão de relacionamento: clientes externos e clientes.....	11
3) Os desafios da Assistência Pública e Privada no Brasil.....	13
3.1) Saúde Pública.....	13
3.2) Saúde Privada.....	22
3.3) O médico, o paciente e o plano.....	26
3.4) O que houve de errado na reforma?.....	35
3.5) Pacto intergeracional e financiamento da assistência.....	49
4) Análise geral	
4.1) Em busca do sistema de saúde perfeito.....	53
4.2) Ásia e Austrália.....	53
5) Resultados	
5.1) Repensando a saúde: Remuneração baseada em valor.....	106
5.2) Princípios da competição baseada em valor.....	106
6) Considerações finais.....	109
7) Referências bibliográficas.....	114

1 INTRODUÇÃO.

Nas últimas décadas, a população tem vivenciado aumento no tempo médio de sobrevida global em virtude das inovações tecnológicas na área da saúde e mudanças no estilo de vida alinhadas a preocupação com a saúde e o bem-estar. Por outro lado, diversos sistemas de saúde em todo o planeta têm enfrentado problemas relacionados ao aumento nos custos da inovação para os cuidados na área da saúde (Drummond-Lage et al., 2020). Neste contexto, diversos países têm buscado alternativas para minimizar os custos alinhado a uma maior entrega de valor para usuários dos sistemas de saúde, tanto público quanto privado. Na literatura, diversos modelos de remuneração têm sido estudados e propostos para minimizar os problemas relacionados ao custo em cuidados em saúde (Katz, Franken e Makdisse 2017), um deles é a remuneração baseada em valor -VBR (Abrams et al., 2017).

Dada a complexidade, a remuneração baseada em valor tem sido um desafio na implementação. O problema está disseminado como um sistema sem capacidade de se alto remunerar no curto, médio e longo prazo, principalmente, com remunerações defasadas, pacotes sem identificação de custos e rentabilidade e, sem a exigência de uma cobrança voltada para resultados e boas práticas assistenciais. Este cenário tem gerando prejuízos para o sistema de saúde como um todo, Teisberg, (2007).

Este cenário tem sido observado em diversos sistemas de saúde nos últimos anos. Dada a experiência prévia deste autor, que tem atuado há duas décadas na área da saúde, destaca com frequência que este problema tem sido discutido em reuniões ministeriais, congresso e, principalmente, em reuniões organizacionais, seja com o poder público ou privado. Nesse contexto, percebe-se que a cadeia produtiva na área da saúde no Brasil, objeto deste estudo, está empobrecida, mesmo a saúde sendo o terceiro maior orçamento do Governo Federal brasileiro.

A escolha do objeto de estudo é justificada pelo simples fato de ser um assunto recorrente no Brasil, dada a relevância para a população e governantes. Conforme mencionado anteriormente, a VBR é um tema novo para América Latina, porém, uma prática bastante consolidada na América do Norte. Em diversos países, as grandes organizações com atuação na área de saúde têm sido levadas a utilizar

a remuneração baseada em valor, caso contrário, estariam fadadas ao fracasso, Porter (2007).

O setor de saúde vem sofrendo uma influência direta por fortes mudanças impostas por grandes players do setor norte americano, responsável pelas maiores aquisições no Brasil nos últimos 5 anos. O ponto chave reside na geração de valor para os usuários sem onerar ainda mais os atuais sistemas existentes. Neste sentido, este artigo de intervenção pretende disseminar o conhecimento sobre remuneração baseada em valor e trazer uma atualização sobre o tema. Para isso, com base na literatura, algumas definições são apresentadas sobre o tema geração de valor.

À luz de Porter (2007, p. 45), “a competição baseada em valor é uma soma positiva. Quando o valor melhora, tanto empresas capazes quanto os consumidores se beneficiam. Empresas que encontram formas singulares de fornecer um valor superior são vencedoras e são recompensadas com mais negócios. Mas os consumidores também vencem, na medida em que a qualidade aumenta e os preços caem. Quanto mais empresas encontrarem formas de fornecer um alto valor aos clientes, mais vencedores teremos. Os únicos derrotados serão as empresas que deixarem de entregar um bom valor”.

Para Teisberg (2008, p. 42), o “Valor significa os resultados de saúde alcançados com o dinheiro gasto. A melhor forma de reduzir de verdade o custo da assistência médica é melhorar sua qualidade – diagnósticos melhores, tratamento mais oportuno, métodos menos invasivos, proporcionar o tratamento certo para o paciente certo, menos complicações, e assim por diante. A qualidade, definida em termos de resultados, é o segredo do sucesso na assistência médica”.

No contexto apresentado, é possível notar autores seminais como Porter (2007) e Teisbert (2008) trazendo a importância da geração de valor, uma vez que modelos diferentes e perfis de pacientes e organizações também diferentes, que tem formas de consumir serviços de saúde diferentes.

Por fim, a explanação e intenção deste trabalho de conclusão de curso se dará no segundo e terceiro setor, especificamente, no setor de saúde. O objetivo é

demonstrar para os hospitais privados e públicos que o sistema de remuneração para procedimentos médico-hospitalares carece de mudanças profundas, nesse sentido, o propósito é deste artigo de intervenção é disseminar o conhecimento da remuneração baseada em valor na área da saúde e demonstrar as novas ações e conceitos para viabilizar o sistema de saúde no Brasil. Neste contexto, os objetivos gerais e específicos são apresentados:

1.1 – Objetivo Geral: Descrever os principais conceitos e estratégias de disseminação da remuneração baseada em valor, focado na área da saúde, especificamente, em hospitais, como uma forma de demonstrar novos caminhos para melhoria dos serviços hospitalares.

1.2 – Objetivos específicos:

- a) Compreender os principais conceitos e teorias da remuneração baseada em valor – VBR;
- b) Identificar as ações da remuneração baseada em valor e quais resultados geram;
- c) Identificar às suas formas de aplicação como um diferencial competitivo;
- d) Analisar a efetividade da remuneração baseada em valor com relação aos sistemas atualmente disponíveis na área da saúde no Brasil.

2. MATERIAIS

2.1 GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1.1 Gestão dos Serviços de Saúde – Fundamentos da gestão dos serviços em saúde.

De acordo com Spiller (2000), o objetivo principal deste capítulo, em sua origem, é abordar os fundamentos da gestão dos serviços em saúde, com destaques para as diferenças entre serviços e produtos, sendo realçados os aspectos relativos à reunião entre produtos e serviços: a hibridização. Em seguida, são categorizados os serviços, exploradas suas características e as etapas de prestação dos serviços, denominadas “Momentos da Verdade” (MVs) e que compõem cada ciclo de serviços.

Para Santos (2009, p. 20), não obstante, o maior desafio na prestação dos serviços em saúde é que ela só acontece de modo adequado quando há profundo interesse pelas pessoas. Parece piegas, mas é verdade: durante a prestação de um serviço costuma haver interação entre o prestador e o cliente, em tempo real, com muitos componentes comportamentais e psicológicos envolvidos, como: confiança, atitude, proatividade, interesse, acolhimento, troca, cooperação e compreensão. Vem então à tona outra área intimamente relacionada com a prestação de serviços: a gestão de pessoas. Certamente você já se deu conta de que a gestão de serviços agrega aspectos operacionais, de marketing e de recursos humanos, no intuito de oferecer o melhor resultados aos clientes, aspecto ainda mais delicado quando se considera o setor de saúde. Para melhor caracterizar os serviços e facilitar a compreensão da complexidade que os cerca – concepção, venda, produção e entrega ao cliente –, o primeiro passo é compará-los aos produtos.

Senna (2009, p. 22), em algumas situações, a preferência pelo prestador de serviços decorre de experiências anteriores cujos resultados foram satisfatórios, como na escolha de laboratórios pela lembrança da perfuração de uma agulha. Há, ainda, a participação do consumidor, cujo comportamento pode influenciar a qualidade do resultado, como no caso de uma criança inquieta no consultório, ou um adulto que omite, mesmo que inadvertidamente, informações relevantes para o tratamento e diagnóstico.

2.1.2 A importância do fator humano.

Conforme Santos (2009, p. 28), a prestação de serviços de alto nível possui uma grande dependência de quem gerencia o relacionamento do prestador de serviços com os clientes e como isso é feito. Além disso, as variações que ocorrem na prestação dos serviços ao longo do tempo decorrem de três fatores: quem presta o serviço, o local em que é prestado e quando ocorre.

O fator mais difícil de controlar é o humano, representado pelo conjunto de atitudes (empatia, atenção, comunicabilidade, presteza, flexibilidade) e posturas (discrição, elegância, sinceridade, humildade) capazes de criar e estreitar vínculos, gerar credibilidade, segurança e motivar as relações. As empresas são representadas por pessoas, e os negócios dependem de suas expectativas, desejos, hábitos, tendências e graus de estabilidade física e emocional.

2.1.3 A distinção entre serviços de modo geral e os serviços de saúde.

Segundo Santos (2009, p. 30) um aspecto de natureza especial deve ser destacado. Trata-se da distinção que deve ser ressaltada e que afasta a prestação de serviços em saúde de outros tipos de serviços oferecidos à sociedade. Apesar do que ocorre segundo o entendimento legal, não parece adequado serem regulados pelo Código de Defesa do Consumidor, pois este regula atividades jurídicas-econômicas de modo abrangente, e no caso dos serviços dedicados à saúde outros fatores estão presentes na tomada de decisão e nas relações médico-paciente. Quanto a esta última em especial, a tendência de nivelá-la pelo viés econômico é um grande equívoco, pois o primeiro mandamento da atividade médica pressupõe a compaixão e, sem ela, nenhuma relação de confiança se constrói na medicina e nas demais atividades correlatas. Trata-se de atender a necessidades personalíssimas, isto é, individuais e não generalizáveis, que variam em importância e complexidade, especialmente quanto aos cuidados devidos e aos resultados variados que produz, de acordo com a resposta orgânica que cada indivíduo apresenta.

Alguns serviços em saúde são marcados por uma peculiaridade: as intercorrências – reações que cada indivíduo manifesta de modo inesperado e variado –, que podem complicar o resultado esperado, apesar dos esforços em prestar o melhor serviço. Como prometer ao cliente que tudo dará certo? Um bom

projeto de serviço deve elaborar medidas preventivas de cautela e o seu acompanhamento cuidadoso pode reduzir a chance de ocorrência de intercorrências, atenuando em grande parte seus efeitos.

Por esta razão é importante a compreensão das consequências que a inseparabilidade, a simultaneidade produção-consumo, a intangibilidade, a perecibilidade e a importância do fator humano podem provocar antes, durante e depois da execução do serviço sobre as expectativas do cliente, e, portanto, deve ser evitada a formação de expectativas muito elevadas, difíceis de serem alcançadas (ver Figura 1).

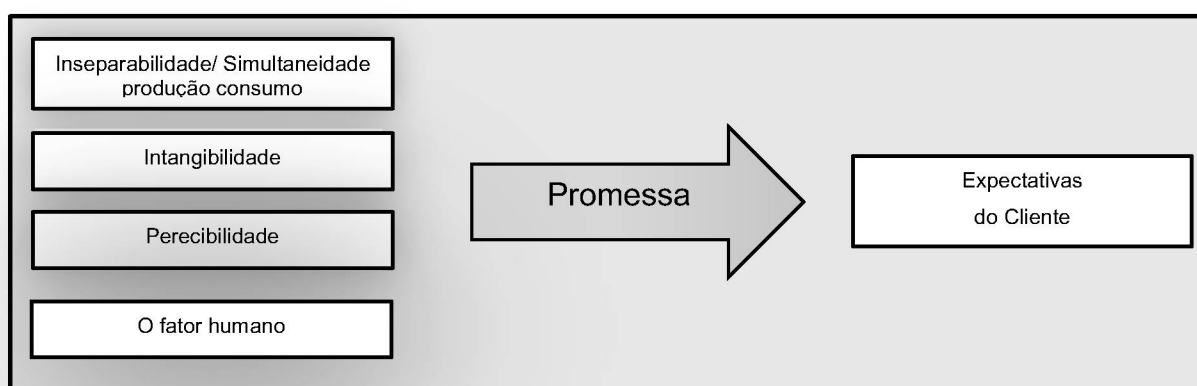


Figura 1: As fontes de impacto sobre as expectativas do cliente

Fonte: Gestão dos serviços em saúde. Série Gestão Em Saúde da FGV, 2012.

Num hospital policlínico, por exemplo, centenas de pessoas, em muitos locais, “produzem” e entregam o serviço. Pode-se produzir diversos serviços vendidos em um único lugar, mas não se pode produzir as interações com os clientes num só local. Tal “produção” ocorre a cada compra, milhares de vezes por dia. Isto significa que os métodos tradicionais de controle de qualidade – verificação distribuída ao longo do processo ou centralizada na inspeção final – não são adequados, tornando-se necessário um conceito de qualidade que leve em conta o processo fundamentalmente humano de geração e entrega dos serviços e de suas etapas.

2.1.4 Processos dos serviços de saúde.

Para Lovelock e Wirtz, (2006, p. 187) de modo geral, os serviços de saúde são caracterizados pelo alto contato entre os prestadores de serviços e os clientes. Nestes serviços, o cliente é parte integrante do processo, pois não é possível obter

os benefícios esperados a distância, sem interagir ou cooperar ativamente com os prestadores de serviços. Dessa forma, o cliente despende tempo, sofre desgastes físicos e emocionais para alcançar os benefícios esperados. Um exemplo de serviço de alto contato é a consulta médica ou uma experiência em um consultório médico, pode-se observar que as atividades se estendem além da linha de visibilidade do cliente, contendo as atividades realizadas na retaguarda, além das que compõem o ciclo de serviços e seus respectivos MVs.

2.1.5 A tecnologia e a redução do nível de erros.

Para Santos (2009, p. 61), diante dos custos e consequências dos erros e falhas, os prestadores de serviços dedicam-se cada vez mais a formar parcerias com seus fornecedores, em busca de soluções criativas, simples ou não. Um bom exemplo, é a bandeja de instrumentos cirúrgicos dotada de depressões que correspondem ao contorno do instrumento de menor porte, onde estes se encaixam, permitindo seu rápido acesso e o controle visual de sua disponibilidade e localização antes, durante e após a cirurgia, oferecendo ao cirurgião a certeza de poder suturar o campo cirúrgico sem que nada tenha ficado para trás. O grampeador cirúrgico é outro instrumento que influencia diretamente a qualidade e a produtividade do serviço. A confiabilidade é um fator crítico para o sucesso do pós-operatório, e o grampeador pode agilizar a sutura e reduzir o tempo do procedimento. Falhas no instrumento e no seu uso podem levar a uma séria complicação na saúde do paciente e a uma questão jurídica.

Ambos os casos ilustrados, seja a bandeja simples e comum nos centros cirúrgicos, ou o grampeador, se não forem combinados com o treinamento e a checagem antes e durante a intervenção cirúrgica não conseguirão evitar problemas potenciais. Dessa forma, a atitude das pessoas é fator crucial para evitar falhas, erros e desperdícios ao longo da prestação de serviços, conforme Berry (2001).

2.1.2 Gestão dos Serviços de Saúde – Gestão de relacionamento: clientes externos e clientes internos.

Para Keller e Kotler (2006, p. 98) em adição, a gestão de relacionamento é também explorada, associada às interações pessoais entre os empregados de uma organização, que passam a ser tratados por ela e pelos demais colegas como clientes internos, o que implica a necessidade de as organizações disporem das pessoas certas, no lugar e hora certos. Diante das inovações, surgem conflitos que requerem ajustes frequentes, propósitos das atividades em processo de adaptação e crescimento. É comum neste estágio alguma confusão, controvérsias, insegurança e até desconfiança, que devem ser rapidamente superadas para o alcance da homeostase do sistema e para que todos os envolvidos sejam beneficiados.

De acordo com Porter (2007, p. 58) algumas questões precisam ser resolvidas, como a manutenção do equilíbrio – econômico, técnico e administrativo – entre todos os envolvidos, e que no final seja acrescentado valor para o paciente, alvo principal das ações operacionais, criando um relacionamento confiável entre os participantes do sistema de saúde que resulte em melhoria para todos, como uma equação ganha-ganha.

Para Vilar (2009, p. 85) diante desta nova onda, o prestador de serviços (operadoras de planos de saúde, médicos, hospitais, clínicas, laboratórios, empresas de *home care* e demais participantes do sistema) é escolhido pela qualidade dos resultados que apresenta. Assim, é premente o aprimoramento de práticas de comunicação que divulguem os resultados alcançados pelas organizações de saúde, segundo padrões éticos e dados claramente expostos, para que os usuários do sistema de saúde façam suas escolhas com base em informações confiáveis. Ao utilizar o CRM como um padrão de gestão de relacionamento, devem ser seguidas diretrizes recomendadas, tais como:

- Relacionamento personalizado;
- Estimular a lealdade do cliente à marca;
- Conhecer e gerenciar a base de clientes;
- Capturar e analisar informações do mercado;
- Antecipar as demandas dos clientes;
- Investir na velocidade de atendimento;

- Aprimorar a logística de entrega do serviço;
- Estreitar o relacionamento com os melhores clientes de modo segmentado;
- Aprender com os resultados alcançados.

2.1.3 O ciclo de cuidados integral.

De acordo com Vilar (2009, p. 86) a gestão de relacionamento na saúde deve focar o resultado final para o paciente, ou seja, avaliar o quanto o serviço ofertado adiciona valor para ele. Deve ser entendida como um conjunto de processos de negócios que auxiliam as organizações a conquistar, reter e fidelizar clientes, atendendo-os de forma integrada e personalizada. O CRM é mais que o domínio de software. É uma filosofia cultivada com um valor doutrinário que cria na organização o culto ao bom relacionamento como o paciente em todas as etapas do ciclo de cuidados, incluindo o pós-alta hospitalar e o domiciliar.

Para Vilar (2009, p.87) deve-se levar em conta que os serviços em saúde, por sua complexidade, são multiprofissionais e interdisciplinares, e devem ser prestados de modo integral; ou seja, um serviço em saúde não pode ser percebido como fornecedor isolado de medicamentos, nutrientes, pessoas ou equipamentos, isto quem faz são as farmácias, supermercados, agências, de empregos e lojas de departamentos, cuja responsabilidade se encerra no momento do *checkout*. Desse modo, os serviços em saúde devem gerenciar integralmente toda a cadeia de valor e integrar o relacionamento entre todos os componentes dessa cadeia de fornecedores, pois a responsabilidade do serviço permanece inalterada durante o ciclo de tratamento de cada cliente.

Segundo Christensem, Grossman e Hwang (2008), assumir a responsabilidade pelo processo de prestação de serviços em saúde também significa que os fornecedores precisam compreender como seus produtos estão eventualmente sendo mal utilizados. Deveria ser prioridade dos fornecedores de produtos e serviços darem toda assistência aos prestadores de serviços, minimizando os possíveis erros.

Para Drucker (2003), “é mais fácil matar uma organização do que transformá-la, pois a natureza humana sempre possui uma imensa resistência a mudanças”. Portanto, a execução deve ser conduzida pelo principal líder que deve tornar-se o patrocinador das modificações.

3. OS DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA PÚBLICA E PRIVADA NO BRASIL – SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA

3.1 Os desafios da assistência pública e privada no Brasil – Saúde Pública.

Segundo Aguiar (2011, p. 17) o sistema único de saúde brasileiro adquiriu, ao longo de sua evolução, características marcantes que acompanharam as tendências políticas e econômicas de cada momento histórico. Alguns aspectos que marcaram a história da organização desse sistema: a evolução da política de saúde deu-se em estreita relação com a evolução da política econômica e social da sociedade brasileira, obedecendo a ótica do capitalismo nacional, por sua vez, influenciado pelo capitalismo internacional; a saúde pública não se constituía em prioridade dentro da política do estado brasileiro, recebendo maior atenção apenas nos momentos de epidemias ou endemias que refletiam na área econômica ou social e ameaçavam o modelo capitalista adotado; a assistência à saúde desenvolveu-se a partir da previdência social, com ênfase na medicina curativa e lucrativa a partir da contratação de serviços privados; o sistema de saúde estatal consolidou a dicotomia entre ações preventivas e de caráter coletivo e as ações curativas de caráter individual, sendo a primeira de responsabilidade no Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e a segunda, assumida pela Previdência Social e pela medicina liberal.

3.1.1 Período Colonial e Imperial (1500 a 1889).

Segundo Paim (2003), no período de 1500 a 1822, o Brasil, como colônia de Portugal, tinha sua produção econômica realizado por meio dos ciclos do açúcar e mineração, à base do trabalho escravo, com destino ao comércio internacional, de acordo com os interesses da coroa Portuguesa. Após 1822, com a proclamação da independência, a produção econômica brasileira, também mantida à base do trabalho escravo, ainda se destinava à exportação, porém com maior liberdade de comércio com outros países, especialmente com a Inglaterra. Nesse período imperial, houve um crescimento da produção do café, que embora se destinasse à exportação, dinamizou a comércio interno, promovendo mudanças na estrutura social e o aumento do poder da burguesia local, o que culminou, em 1889, com a

Proclamação da República. No final desse período, ideia abolicionistas e exigências internacionais contribuíram para a progressiva substituição do trabalho escravo pelo trabalho assalariado, o que motivou a imigração de trabalhadores de origem europeia para a produção cafeeira e as atividades industriais emergentes no Brasil.

De acordo com Polignano (2009) o quadro sanitário do Brasil colonial e imperial caracterizava-se pela existência de diversas doenças transmissíveis, trazidas inicialmente pelos colonos portugueses e, posteriormente, pelos escravos africanos e diversos outros estrangeiros que aqui chegavam para fins de comércio ou por imigração. Muitas dessas doenças tornaram-se endêmicas e outras, provocam epidemias assustadoras e dizimam enormes contingentes populacionais. Eram frequentes as doenças sexualmente transmissíveis, a lepra (hoje conhecida como hanseníase), a tuberculose, a febre amarela, a cólera, a malária, a varíola, a leishmaniose, além de doenças provocadas por desnutrição, acidentes por animais peçonhentos e as decorrentes das aglomerações urbanas nas cidades e das condições precárias de trabalho nas lavouras. Portanto, não se pode falar da existência de uma política de saúde no período colonial e imperial. No entanto, eram tomadas medidas que visavam minimizar os problemas de saúde pública que afetavam a produção econômica e prejudicavam o comércio internacional. Eram medidas que incluíam: o saneamento dos portos por onde escoavam mercadorias; a urbanização e infraestrutura nos centros urbanos, de maior interesse econômico e que eram muito insalubres (Salvador, Recife, Ouro Preto, Rio de Janeiro, Cuiabá e São Paulo); e campanhas para debelar as epidemias frequentes e prejudiciais à produção, que afetavam a imagem brasileira nos países com os quais o Brasil matinha o comércio internacional. Essas intervenções eram pontuais e logo abandonadas, assim que conseguiam controlar os surtos presentes na época. A primeira campanha foi realizada em Recife e Olinda, entre 1685 e 1694, para debelar uma epidemia de febre amarela que afetava a produção e exportação da cana de açúcar.

Para Bertolozzi (1996) a assistência médica limitava-se apenas às classes dominantes, constituídas principalmente pelos coronéis do café e era exercida pelos raros médicos que vinham da Europa (medicina liberal). Aos demais (índios, negros, e brancos pobres), restavam apenas os recursos da medicina popular e as sangrias (extração de sangue) que eram praticadas para a cura de algumas doenças. Surgem as primeiras Casas de Misericórdias, que se destinavam ao abrigo de doentes,

indígenas e viajantes, sem assistência médica e tratamento aos problemas de saúde. Datam desse período: a fundação das Escolas de Medicina do Rio de Janeiro (1813) e da Bahia (1815); a criação da Imperial Academia de Medicina em 1829 – órgão consultivo do imperador para as questões de saúde pública; e a organização da Inspetoria de Saúde dos Portos em 1828.

3.1.2 Período da Primeira República ou República Velha (1889-1930).

De acordo com Bertolli (2004) após o término da monarquia, a Sociedade Brasileira inicia a organização de seu Estado moderno, marcado pelo predomínio dos grupos vinculados à exportação do café e à pecuária. Inicia-se a primeira república, também chamada de república velha, em oposição ao período posterior governado pelo presidente Getúlio Vargas.

No campo político, esse período foi marcado pelo domínio das elites agrárias de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. A maioria dos presidentes dessa época eram políticos mineiros e paulistas que se alternavam no poder e adotavam medidas que favoreciam o setor agrícola, principalmente do café (paulista) e da pecuária (mineiro), caracterizando a chamada política do café-com-leite. A atuação política era de repúdio à monarquia e visava à consolidação dos ideais republicanos e da ideologia liberal. No campo econômico, tipicamente agroexportador, houve a hegemonia da produção do café, mantida à base do trabalho assalariado. Houve também um crescimento significativo da produção industrial, que juntamente com o setor agrário, passou a exigir gradativamente aumento de mão de obra, levando os governos brasileiros à adoção de políticas de incentivo à imigração europeia.

A situação de saúde da população apresentava o mesmo panorama do período anterior, com predomínio das doenças pestilenciais como cólera, febre amarela, malária, tuberculose, tifo, peste, varíola, gripe espanhola e outras. As condições de saneamento básico eram bastante precárias e várias epidemias matavam a população e dificultavam o recrutamento de trabalhadores da Europa. As ações e programas de saúde visavam ao controle das doenças epidêmicas, principalmente nas áreas fundamentais para a economia agrária exportadora (área dos portos) e buscavam atrair os imigrantes para a lavoura do café e da indústria incipiente. Assim, as ações de saneamento básico e infraestrutura eram realizadas, prioritariamente, nos espaços de circulação de mercadorias, especialmente, nos

portos de Santos e Rio de Janeiro. Em 1902, o presidente Rodrigues Alves lançou o programa de saneamento do Rio de Janeiro e de combate à febre amarela em São Paulo. Essas medidas visavam estimular o comércio internacional e fomentar a política de imigração – trazendo para as lavouras cafeeiras a mão de obra necessária à produção do café.

Bertolli (2004) continua, com essa finalidade, o governo de Rodrigues Alves nomeou Oswaldo Cruz, médico e pesquisador do Instituto Pasteur para a Diretoria Geral da Saúde Pública, o qual elegeu as campanhas sanitárias como modelo de intervenção de combate às epidemias rurais e urbanas, de conotação militar. Esse modelo de inspiração americana foi trazido de Cuba e caracterizava-se pela centralização das estruturas administrativas, pela concentração de poder e por um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social. Além das campanhas sanitárias e das ações de saneamento básico nas áreas de interesse comercial, foi criado o Instituto Soroterápico de Manguinhos, no Rio de Janeiro, depois denominado Instituto Oswaldo Cruz, com a finalidade de pesquisa e desenvolvimento de vacinas. Em 1904, houve a imposição legal da vacinação contra a varíola, desencadeando-se uma revolta popular (revolta da vacina) liderada por opositores políticos do governo e médicos contrários à vacinação, sendo reprimida após alguns dias, depois da morte de alguns líderes populares.

Em 1920, Carlos Chagas assumiu o Comando do Departamento Nacional de Saúde, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz, criando alguns programas que introduziam a propaganda e a educação sanitária da população como forma de prevenção das doenças. Nessa ocasião, foram criados alguns órgãos para controle da tuberculose, da lepra e das doenças sexualmente transmissíveis. Observa-se nesse período o nascimento da saúde pública, cujo modelo de intervenção chamado de sanitarismo campanhista estrutura-se sob a influência dos saberes fundamentados pela bacteriologia e pela microbiologia, contrapondo-se à concepção tradicional baseada na teoria dos miasmas que era utilizada para explicar o processo saúde-doença. Por outro lado, surge a Previdência Social que vai incorporar a assistência médica aos trabalhadores como uma de suas atribuições a partir de contribuição com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). As primeiras CAPs foram instituídas nas empresas ferroviárias e, mais tarde, estendidas aos portuários, marítimos e outras áreas, dando início ao sistema

previdenciário do Brasil, como resposta das empresas e do governo às reivindicações operárias.

Para finalizar Bertolli (2004), observa-se ainda o crescimento da medicina liberal, que era utilizada pela classe dominante e com poder aquisitivo, restando à maioria da população brasileira que não tinha direito às CAPs apenas os serviços oferecidos pelos escassos hospitais filantrópicos mantidos pela igreja ou a prática popular da medicina. Conclui-se que o estado brasileiro, na área da saúde, caracterizou-se ao longo desse período por dois aspectos básicos: o primeiro refere-se à estreita relação entre política de saúde estabelecida e o modelo econômico vigente e a clara dicotomia entre as ações de saúde pública e as ações de assistência médica. Emerge nessa conjuntura a estruturação de dois modelos de intervenção nas questões da saúde: o sanitarismo campanhista e o curativo-privatista.

- O modelo sanitarismo campanhista: que envolve uma abordagem coletiva e ambiental da doença e caracteriza-se pela prática autoritária.
- O modelo clínico curativo-privatista: realizada através das CAPs e da medicina liberal que privilegiam a abordagem individual e medicalizante dos problemas de saúde e negam a relação da doença com as condições de vida dos indivíduos e coletividades.

No decorrer dos anos 20, o controle do governo federal passa a ser disputado por outros grupos sociais que se fortalecem econômica e politicamente no processo de urbanização e industrialização crescente, surgindo rupturas no cenário político. Por outro lado, a crise econômica aprofunda-se no Brasil e partir da crise mundial de 1922 a 1929, que trouxe impactos negativos para a exportação de café. Diante desse panorama, as oligarquias agrárias perdem força política, o que favoreceu a revolução de 1930 que foi comandada por Getúlio Vargas e representantes da classe dominante vinculada a outras áreas econômicas. Contaram com o apoio da classe média urbana (representado por profissionais liberais, intelectuais, militares e tenentes) e das classes populares insatisfeitas com as condições de vida e trabalho. Assim, a revolução de 1930 marcou o fim da hegemonia política dos grupos ligados ao café e à pecuária, crescendo a influência das indústrias mais voltadas para o mercado interno e o aumento do capital. Inicia-se uma nova fase política sob o comando de Getúlio Vargas que se mantém no poder por 15 anos.

Conforme Roncalli (2003), a criação do Ministério da Educação e Saúde ocorreu em 1930, com a função de coordenar as ações de saúde pública no mesmo modelo do sanitarismo campanhista do período anterior. Essa fase corresponde ao auge do sanitarismo campanhista na área de saúde pública, com a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela, do Serviço de Malária no Nordeste e da Fundação Serviço Especial de Saúde pública (SESP). A política de saúde adotada reforça a antiga dicotomia: as ações de caráter coletivo sob a gestão do Ministério da Educação e Saúde (modelo sanitarismo campanhista), separadas das ações curativas e individuais. Destaca-se que a população de maior poder aquisitivo utilizava os serviços privados de saúde integrantes da medicina liberal crescente, enquanto a maioria da população não vinculada à previdência contava apenas com os escassos serviços públicos e das instituições de caridade, além das práticas populares de tratamento.

De acordo com o CONASS, em 1953, foi criado, pelo presidente da república, Carlos Luz, o Ministério da Saúde, desmembrando-o do Ministério da Educação – Lei n. 1.920, de 25 de julho, tendo como seu primeiro-ministro Antônio Balbino de Carvalho Filho. A partir do final dos anos 1950, inicia-se no Brasil um novo processo de transformação caracterizado por um movimento de modernização do setor de saúde. Esse movimento insere-se no processo de modernização de toda a sociedade brasileira, que pode ser entendido como aprofundamento do desenvolvimento capitalista, tendo como objetivo fundamental, a plena realização da lógica de eficiência da produção de bens e serviços.

Em 1967, a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) cria um mercado para as ações que serão produzidas pelas empresas vendedoras de serviços médicos e fortalece o movimento de privatização do setor.

Nos anos 1970, consolida-se a posição hegemônica da Previdência Social. A Aceleração do crescimento da atenção médica da Previdência e o esvaziamento da “saúde pública” levam ao esgotamento do modelo e à busca de alternativas racionalizadoras de extensão de cobertura a um custo suportável pelo sistema, aparecendo, então, várias experiências, principalmente em áreas que interessavam menos à iniciativa privada. Surgiram os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária, realizados por instituições acadêmicas e Secretarias de Saúde, e as primeiras experiências de municipalização da saúde. Nesses espaços de construção da medicina comunitária, foi gestado e difundido o movimento sanitário. Esse

movimento, coordenado por grupo intelectuais localizados em espaços acadêmicos e institucionais, articulados com partidos políticos de esquerda, constituiu-se na base político-ideológica da reforma sanitária brasileira.

CONASS, em 1972, são iniciados, na saúde de Montes Claros, região Norte do estado de Minas Gerais, estudos e um projeto experimental com objetivo de encontrar modelos de extensão de cobertura, acompanhado pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social. Em 1974, grandes reformas administrativas na administração pública federal marcaram a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Em 1975, foi promulgada a Lei n. 6.229, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em uma tentativa de institucionalização e racionalização do modelo vigente, sem, entretanto, enfrentar as contradições fundamentais do sistema. Neste mesmo ano, foi criado o Programa de Interiorização da Ações de Saúde e Saneamento (Piass), que foi implementado a partir de 1977, abrangendo a região Nordeste do país. A concepção do Piass implicou a necessidade de integração sistêmica de quatro Ministérios (Saúde, Previdência, Interior e Planejamento) e de várias instituições prestadoras de serviços. Já emergiam críticas ao sistema de saúde e sinalizava-se a crise do financiamento com o fim do “milagre econômico” brasileiro.

Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), vinculando-se a ele o Inamps. As mudanças políticas e econômicas que ocorreram nos 1970 e 1980 do século XX determinaram o esgotamento desse modelo sanitário. Essas crises e processo de redemocratização do país determinaram novos rumos nas políticas públicas e fizeram surgir, na arena sanitária, sujeitos sociais que propugnavam um modelo alternativo de atenção à saúde.

Em setembro de 1978 foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS) e que, “expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde, do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”, formulou a Declaração de Alma-Ata.

Em 1979, o Piass expandiu-se para todo o território nacional, adaptando-se o modelo do Nordeste às peculiaridades de cada região do país. O Piass talvez tenha

sido a primeira grande experiência brasileira de extensão de cobertura, a baixo custo e com integração interinstitucional.

Em 1980 foi criada a Prevsáude, que incorpora o ideário do Pias como componente rural e avança, principalmente, no tocante a uma nova política de financiamento. Representa ainda um reconhecimento oficial da necessidade de reformulação de prioridades e alteração de uma política de saúde que mantém em funcionamento um sistema caótico, elitista e corruptor.

CONASS (2011) continua, os secretários estaduais de saúde criaram, em fevereiro de 1982, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), tendo como seu primeiro presidente o secretário de Saúde de São Paulo, Adib Jatene. No fim de 1982, elegeram-se em pleitos diretos, vários governadores de oposição ao regime militar e, com eles, passaram a ocupar espaços políticos e técnicos importantes nas Secretarias Estaduais de Saúde, participantes do movimento sanitário. Ainda em 1982, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social retoma as ideias de eficiência gerencial, já consolidadas, restabelecendo-se estratégias ainda mais interessantes à iniciativa privada.

A crise aguda da Previdência Social fez surgir, em 1983, no plano político-institucional, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), que teve nas ações integradas de Saúde (AIS) um de seus pilares. As ações Integradas de Saúde foram implantadas em 1983 como um programa de atenção médica para áreas urbanas, em uma cogestão entre o Inamps e as Secretarias Estaduais de Saúde. Entretanto, superando as características que poderiam torná-las mais um programa especial, converte-se em uma estratégia de reorganização do sistema de saúde. Em 1983, foram eleitos vários prefeitos que deram alento ao movimento de municipalização da saúde e aos encontros nacionais de secretários Municipais de Saúde.

Em março de 1986, ocorreu o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século, a VIII Conferência Nacional de Saúde. Essa conferência foi convocada pelo ministro Carlos Sant'ana, promovida sob a gestão do ministro Roberto Santos, e nela foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde, e tinha como temas oficiais: 1) Saúde como dever do Estado e Direito do Cidadão; 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; 3) Financiamento Setorial. Essa conferência teve desdobramentos imediatos em um

conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que serviriam de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988.

Para CONASS (2011) em 1987, com a assistência médica ainda no Inamps, foi implantado, no Executivo Federal, um arranjo institucional denominado de Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que tentou incorporar, em seu desenho, alguns dos elementos centrais da proposta da reforma sanitária: a universalização, a descentralização pela via da estadualização e a democratização das instâncias gestoras. O Suds foi, portanto, contemporâneo da Constituinte.

Em 1988, foi criado o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) – uma entidade que teve expressiva participação e igual importância do CONASS e do Ministério da Saúde na criação e na consolidação do SUS.

3.1.3 A criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo CONASS (2011) o processo constituinte conformou-se em um espaço democrático de negociação constante, desenvolvido ao longo das suas diversas etapas, em que um núcleo de congressistas progressistas desempenhou papel relevante, apoiado por intelectuais do movimento da reforma sanitária.

O texto final negociado incorporou as grandes demandas do movimento sanitário:

- A saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais.
- A saúde como direito de todos e dever do Estado.
- A relevância pública das ações e serviços de saúde; e a criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Criou-se, assim, na Constituição Federal promulgada em 5 de outubro de 1988 – Título VIII, da Ordem Social; Capítulo II, da Seguridade Social; Seção II, Da Saúde, artigos 196 a 200, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Zenaide (2011) o Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema de saúde oficial brasileiro, estabelecido formalmente a partir da Constituição Federal de 1998. A sua inscrição na carta magna acatou as proposições da sociedade civil organizada, incorporando mudanças no papel do Estado e alterando de forma

significativa o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde brasileiro, pautando-se por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional. É composto pelo conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde integrantes das organizações públicas de saúde das esferas municipal, estadual e federal, além dos serviços privados como complementares.

3.2 Os desafios da assistência pública e privada no Brasil – Saúde Privada.

De acordo com Varella (2014, p. 12) os planos de saúde médico-hospitalares privados vêm ocupando espaço cada vez maior na assistência médica brasileira. Temos 51 milhões de brasileiros atendidos por esses planos, que formam a chamada saúde suplementar, enquanto 150 milhões de pessoas dependem do sistema público, o SUS. Quando analisamos os números, constatamos que, para estes 150 milhões, o governo federal gasta, em assistência médica, cerca de 103 bilhões de reais ao ano, e, para anteder aos outros 51 milhões, a saúde suplementar gasta ao redor de 90,5 bilhões.

A infraestrutura do setor, vemos que a saúde suplementar conta com cerca de 3 mil hospitais, 30 mil clínicas, 160 mil leitos, mais de 2.500 tomógrafos, 1.360 aparelhos de ressonância magnética e mais de 22 mil ultrassons.

Esses números, por si sós, mostram a distorção existente. São tantas as contradições que a assistência médica no Brasil virou um emaranhado. As pessoas têm dificuldade em entender o que está acontecendo e falam mal. Quem depende do serviço público não se conforma com as dificuldades que encontra e sonha com um plano de assistência privado, para ter um atendimento melhor. Os que contratam um plano de saúde, porém, continuam reclamando, pois acham que apesar de pagar pelo serviço não são atendidos como gostariam. A imprensa também não poupa a saúde suplementar de críticas. Eles têm razão?

Para Ceschin (2014, p. 13) existem motivos para críticas, mas há também muita desinformação por trás delas. Ao analisar os problemas apontados, não se deve desconsiderar que, em termos de produção, há uma entrega bastante substancial de serviços na saúde suplementar. Estamos falando de uma atividade anual na ordem de 250 milhões de consultas, quase 600 milhões de exames complementares, cerca de 110 milhões de atendimentos ambulatoriais, 50 milhões de terapias e mais de 7 milhões de internações. Além disso, a saúde suplementar foi

e continua sendo fundamental para viabilizar a expansão da medicina de ponta no país e torná-la acessível a milhões de brasileiros.

Com relação às reclamações e críticas, se pegarmos os números de 2013, vai ver que a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS, recebeu cerca de 100 mil reclamações relacionadas à atividade dos planos de saúde. É um número expressivo, mesmo tendo em conta que são 51 milhões de usuários e um volume descomunal de procedimentos. Importante notar também que o número de reclamações apresentou um crescimento de 32% em relação ao ano de 2012. É preciso reconhecer que há problemas importantes e o setor precisa enfrentá-los.

As reclamações mais frequentes estão relacionadas à negativa de atendimento ou à dificuldade do usuário em obter autorização para a realização de determinado exame ou procedimento. Quando isso acontece, o usuário acha que a burocracia restringe o seu direito de acesso ao plano, o que gera conflito, além de fazer com que ele não se sinta acolhido, em um momento de fragilidade. Na última década, em decorrência da ascensão social, houve um descompasso entre o aumento da população assistida pelos planos de saúde e o crescimento das estruturas de atendimento das operadoras. A situação foi agravada pelo excesso no uso de consultas e exames, principalmente, os de maior complexidade.

Nesse mesmo tempo, os reajustes dos planos médicos subiram em patamares bem acima da inflação geral, o que também gera uma insatisfação crescente. Entretanto, embora haja problemas dessa natureza – e, em casos extremos, seja necessária a intervenção da ANS ou da justiça –, em geral os planos de saúde cumprem bem o papel de atender à demanda por assistência. Quando fica doente, a pessoa consegue ser atendida. Além disso, atribuo essa animosidade em parte ao fato de que a demanda da população em relação aos serviços de saúde não é mais a mesma. Houve uma mudança no perfil demográfico e social que alterou o padrão epidemiológico da população assistida. Houve também uma transformação no plano cultural. O beneficiário espera receber novas informações sobre saúde e sobre os cuidados que deve ter para preservá-la. Ele está mais exigente e mais consciente de seus direitos.

Ceschin (2014, p. 14) finaliza, em suma as expectativas do consumidor mudaram, mas a oferta de serviços não acompanhou inteiramente essa mudança. O atendimento continua sendo reativo ou muito pouco proativo. Apesar da evolução da medicina, dos avanços no tratamento e no diagnóstico, não houve progressos

significativos no modelo assistencial da saúde suplementar. Em contraste com as novas expectativas do consumidor ou beneficiário dos planos, o que se observa na saúde em geral, e na saúde suplementar em particular, é que ainda não houve uma evolução no sentido de entregar um serviço que promova o cuidado com a saúde, previna o aparecimento de doenças e não se restrinja ao tratamento reativo, ou seja, aquele que é aplicado somente depois que a enfermidade se manifesta ou é percebida pelo paciente. E a prestação de serviços de dá, na maioria das vezes, de forma desintegrada, sem que haja conexão entre suas diferentes fases: promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação, recondução à vida ativa e minimização de incapacidades.

Esse descompasso gera conflitos, que são agravados pelo modelo atual de remuneração aos prestadores de serviço, como hospitais, clínicas diagnósticas, laboratórios, médicos etc. O modelo estimula, em certa medida, o gasto exagerado com exames e procedimentos que não contribuem necessariamente para o melhor desfecho clínico. Ao mesmo tempo, faltam estímulos econômicos para quem entrega um resultado melhor ao paciente. Por exemplo: no modelo atual de pagamento de uma internação hospitalar, na chamada “conta aberta”, em que ocorre a cobrança de cada item consumido, os hospitais aumentam seus ganhos se o paciente utilizar mais materiais, medicamentos e exames, e perdem margem se, por acaso, fizerem uso mais eficaz e econômico desses recursos. Ou seja, o incentivo econômico é direcionado para o maior consumo e não para a maior eficiência.

Ceschin (2014, p. 16), em resumo, em lugar de uma assistência à saúde integrada, preventiva e continuada, o setor oferece um atendimento que, como regra, é pontual, fragmentado e só entra em ação quando é demandado. Procura-se compensar a falta de atenção e cuidado continuado com a abertura da porteira para a realização indiscriminada de exames e procedimentos que, infelizmente, muitas vezes dão ao paciente uma falsa sensação de segurança, mas não beneficiam seu tratamento. Alguns se sentem bem atendidos dessa forma, mas, para uma parcela crescente, a frustração com a falta de acompanhamento permanece. O certo é que, no fim de tudo, a conta do uso abusivo de insumos e tecnologia virá para os consumidores, embutida nos reajustes do plano de saúde, acentuando os conflitos e as críticas.

De acordo com Varella (2014, p. 20) o Brasil é um país de dimensões continentais, com grandes diferenças regionais. Quando analisamos as reclamações

contra os planos de saúde, vemos que elas não são as mesmas, porque também a infraestrutura de saúde não é distribuída de maneira uniforme no país. O entendimento da atual da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é que a lei dos planos de saúde não aceita que as operadoras limitem sua atuação aos recursos médicos locais. O plano tem de oferecer a mesma cobertura, esteja ele na cidade de São Paulo ou no interior do Acre.

Já houve discussões sobre essa questão, e as operadoras de saúde sempre se posicionaram a favor da flexibilização da cobertura de acordo com os recursos médicos disponíveis em cada região. Segundo elas, essa mudança contribuiria para a expansão dos planos para o interior do país. O reverso dessa moeda, é que, se a cobertura dos planos fosse limitada pelos recursos locais existentes, haveria planos de uma categoria ou cobertura em grandes centros e planos de outras categorias no interior. A ANS entendeu, até o momento, que esse cenário com múltiplas opções dificultaria a sua ação fiscalizatória e de proteção do interesse público, além de trazer o risco de aumentar a chamada “judicialização” da saúde, porque o consumidor se frustraria com planos mais restritivos e recorreria à justiça. O fato é que existe uma dificuldade, por parte do consumidor, de entender o papel da saúde suplementar que é, conceitualmente, o de complementar o que já existe, que é o SUS. O consumidor do plano de saúde entende que a saúde suplementar substitui o SUS, que ela é substitutiva, e não suplementar.

De acordo com Ceschin (2014, p. 21) quem contrata um plano de saúde busca um substituto para o serviço prestado pelo SUS, o que não ocorre, porque certas atribuições continuam sendo exclusivas do sistema público, como os programas de vacinação e alguns tipos de transplante. Mas os planos têm de garantir a cobertura mínima estabelecida por lei. Então, cabe à operadora definir se vai ou não comercializar um plano em determinada localidade. Caso decida comercializá-lo, e os recursos locais não sejam suficientes, ela assume a responsabilidade por garantir ao beneficiário o atendimento no local mais próximo, assumindo as despesas de transporte do paciente.

Quanto a medicina de ponta e alta complexidade a saúde suplementar teve grande impacto na saúde brasileira, especificamente as operadoras de saúde – de ter possibilitado, no Brasil, o acesso à medicina mais moderna que existe. Em termos de tecnologia, não ficamos devendo nada para nenhum país do mundo. Propiciar o acesso da população a esses recursos é um mérito da saúde

suplementar, embora haja ilhas de excelência também no setor público. É importante reconhecer o papel da saúde suplementar nesse aspecto, até para desmitificar uma questão muito em voga: que os planos encaminham os casos de alta complexidade para o SUS, enquanto resolvem apenas os de baixa complexidade. Essa visão não corresponde à realidade. Basta ver as informações disponíveis. Dentre os casos mais frequentes de utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde estão os partos, o tratamento da AIDS, no qual somos referência mundial, o programa de medicamentos excepcionais, que fornece gratuitamente remédios de uso contínuo para tratamentos de algumas doenças crônicas, as campanhas de imunização e, por último, os atendimentos as emergências, na rua ou fora do ambiente hospitalar, realizado pelo Serviço de Atendimento de Urgência, o SAMU.

De acordo com Varella (2014, p. 30) o que se observa em relação a essa questão é que há grande heterogeneidade de práticas e de operadoras de saúde no mercado e, por isso, há a necessidade de ação da ANS em defesa do interesse público, estabelecendo regras que protejam todos os beneficiários de planos. Essa é uma das razões pelas quais foi editada a Resolução Normativa 259, que estabelece prazos máximos para a realização dos procedimentos solicitados. Os prazos estabelecidos a partir de informações fornecidas pelo próprio setor: a ANS enviou um questionário para mais de mil operadoras médico-hospitalares solicitando que informassem qual o tempo necessário para realizar consultas, exames, internações e outros procedimentos. Cerca de oitocentas responderam. A partir dessas indicações – repito, fornecidas por elas próprias –, a ANS definiu os prazos da normativa como os limites máximos, razoáveis, para o atendimento. A partir de então, a ANS passou a classificar o risco assistencial das operadoras com base nas reclamações dos beneficiários e a aplicar sanções por descumprimento de prazos. As avaliações são divulgadas trimestralmente. Só para se ter uma ideia, no primeiro trimestre avaliado, de janeiro a março de 2012, foram computadas quase 3 mil reclamações. Na avaliação do trimestre de outubro a dezembro de 2013, dois anos depois, houve mais de 17 mil. As pessoas começaram perceber que o mecanismo funciona e passaram a registrar suas queixas.

3.3 Os desafios da assistência pública e privada no Brasil – O médico o paciente e o plano.

De acordo com Ceschin (2014) uma queixa frequente contra os médicos dos planos de saúde é que eles consultam-relâmpago. Ou seja, não gastam muito tempo levantando a história do paciente, analisando sintomas, menos ainda para saber sobre seu modo de vida e seus hábitos. Muitas vezes nem sequer o examinam: aquela coisa básica de auscultar, examinar a língua, apalpar etc.

Para Varella (2014) o maior motivo de queixa daqueles que vão a médicos do convênio ou do SUS também é quanto ao tempo muito curto da consulta. É comum dizerem: “O médico estava ali no computador, fui falando e ele nem olhou na minha cara”. A justificativa dos médicos é de que a consulta é mal paga e eles, então, são obrigados a ganhar no volume de pacientes atendidos. Nessa situação, a posição dos médicos fica frágil, porque nenhum convênio lança o médico na rua. É o médico que aceita fazer parte do convênio. Esse é um ponto fundamental.

Os convênios erram, por sua vez, ao credenciar médicos inexperientes, sem preparo. A estratégia desses profissionais que não se sentem muito seguros é pedir exames. Além disso, a solicitação de exames encurta o tempo de consulta. O paciente diz: “Estou com uma dor abdominal”. O médico fala: “Precisamos fazer um ultrassom”. Entrega o pedido ao paciente e este acredita que o ultrassom vai resolver o problema. Faz o exame e volta. Mas o ultrassom não mostra nada de importante, então o médico diz: “Tem que fazer uma tomografia computadorizada”. Isso gera custos com exames desnecessários e provoca inconvenientes idas e vindas do paciente ao consultório e aos laboratórios. A prática médica mais barata é aquela feita com base no conhecimento sólido do médico, que solicita apenas os exames necessários e indica o tratamento correto. Já esse círculo vicioso citado logo acima, é justamente o que encarece a saúde suplementar.

Varella (2014) continua, deveria haver uma comunhão de interesses, porque o do médico não é encarecer o tratamento, assim como não é o interesse das operadoras, nem dos pacientes. Ao paciente interessa fazer só exames necessários. Tinha de haver uma discussão das operadoras de saúde com os médicos para se chegar a um valor justo para os honorários. Uma conversa em que se perguntasse ao profissional: “Quanto é razoável você ganhar por consulta, considerando-se um valor que a operadora possa pagar e que permita a médico trabalhar satisfeito e atender os pacientes de forma adequado. Tem de haver esse consenso, porque, do contrário, não haverá solução. A empresa credencia médicos que aceitam receber

por consulta um valor que consideram baixo; depois, esses mesmos médicos dizem que por esse preço não tem condição de pagar secretária, luz, água, telefone e outras despesas. É um erro de todas as partes: das operadoras, que remuneram mal, e dos médicos, que aceitam essa remuneração e depois alegam que têm de atender os pacientes muito depressa.

Segundo Ceschin (2014) no fim das contas, aquilo que se economiza na consulta é gasto com o excesso de exames. O custo final seria menor se houvesse melhor remuneração para o médico e maior parcimônia na solicitação de exames. É fácil constatar essa realidade, veja o que aconteceu com essas empresas de laboratórios clínicos, de exames de imagem. Elas se expandiram de uma forma brutal. Numa cidade como São Paulo, você vê um pequeno laboratório hoje e, quando volta uns dois anos depois ao mesmo local, é um laboratório imenso. Essa é uma realidade nacional. A mesma coisa se vê pelo interior, nas cidades maiores e até nas pequenas, é um reflexo da quantidade de exames de imagem e laboratoriais que os médicos pedem. Aí há também outro aspecto que complica muito a situação. É o fato de que você vai me consultar, chega lá, me conta uma história, e eu peço os exames que eu quiser. Se eu cismar de saber como está o fósforo no seu organismo, nem sei para quê, eu peço – fósforo, cálcio, magnésio, o que eu quiser. Existem médicos que têm essa lista no computador. O sujeito aperta um botão, sai a relação de exames e ele vai pondo um xis na frente do que bem entender. Não lhe passa pela cabeça que aquilo custa dinheiro e alguém vai pagar a conta. É a mesma coisa em relação aos exames de imagem. Esse abuso na solicitação de exames ocorre porque existe a impressão de que não custam nada nem para o doente, nem para o médico. Na hora ele não pensa que vai encarecer o plano de saúde, vai aumentar a mensalidade, que alguém vai ter de pagar por aquilo.

De acordo com Varella (2014) alguns planos têm chamada coparticipação, em que o indivíduo paga uma mensalidade menor e mais um pequeno percentual do custo daquilo que utilizar. No Brasil, essa forma de pagamento não é tão disseminada quanto nos Estados Unidos, onde praticamente não existe plano sem coparticipação do usuário. O intuito é exatamente o de que haja um fator moderador, comprometer o paciente com uma parte dos custos. Alguns médicos pecam por excesso. Pedem muitos mais exames do que necessário. Mas, sem dúvida, o paciente tem que ter alguma responsabilidade. Pagar alguma coisa a mais, um mínimo razoável, para evitar que o plano seja uma espécie de cheque em branco.

Ele diz: “Quero ir ao otorrino hoje”. Vai ao otorrino, que faz uns exames, manda radiografar os seios da face, quando não pede uma tomografia. Ele faz e vê que está tudo bem. Então vai ao pneumologista, para saber por que está tossindo. Faz o que quiser. Tem uma lista de médicos e pode usar aquilo com total liberdade. Esse sistema é ruim. O sujeito podia pagar menos na prestação mensal e, na hora em que tivesse de fazer os exames, gasta um pouco. O ideal seria que os segurados tivessem de pagar uma pequena porcentagem. E o médico, ao solicitar exames, soubesse que vai onerar o paciente, por menos que seja.

Segundo Ceschin (2014) a lei dos planos de saúde no Brasil, em princípio, não permite que o consumidor, tendo um plano, arque com 100% de uma conta médica. A franquia, portanto, não poderia ser maior do que a despesa associada a cada evento médico – uma consulta, um exame etc. É uma regra diferente da que existe para seguros de carro. Esse é o entendimento mais corrente, mas há quem tenha uma interpretação diferente da lei, e a questão de franquias parece estar sendo revisitada e analisada pela ANS. Portanto, voltando à questão dos exames, acredito que o estabelecimento de diretrizes clínicas poderia ser útil para a prática médica e para reduzir custos desnecessários. O usuário paga e acho caro. O médico recebe da operadora e acha pouco. As operadoras acham que a margem é muito pequena e que, se bobear, vão quebrar. É um sistema em que há três partes envolvidas e nenhuma está satisfeita.

A saúde suplementar tem sido criticada porque parece não dar conta do grande número de consultas requisitadas e, não podemos dizer que isso ocorre por falta de especialistas. Como se sabe, grande quantidade de pessoas migrou para a classe média nos últimos dez anos, o que aumentou a demanda por planos de saúde. Houve crescimento rápido da procura e, em situações assim, leva algum tempo até que o mercado adapte sua infraestrutura física e de pessoal. O mesmo fenômeno afetou outras atividades, em setores como transportes e telecomunicações. Com a saúde suplementar não seria diferente. Contribui também para sobrecarregar a infraestrutura existente a frequência cada vez maior na utilização de consultas, exames e procedimentos. Em algumas especialidades a carência é mais evidente do que em outras. Faltam pediatras no país, tanto no setor público quanto no privado. Isso tem a ver também com o modelo de remuneração. O pediatra vive basicamente de consultas, quase não há procedimentos ou exames complementares associados à consulta, que tem seu valor médio comprimido. Ao

mesmo tempo, estamos vendo serviços de pediatria hospitalar sendo fechados. Como o consumo de materiais e as doses de medicamentos para o paciente pediátrico são menores – e é aí que se concentra o ganho dos hospitais –, a preferência passa a ser pelo atendimento de adultos.

A necessidade de especialistas é mais destacada em regiões remotas, mas também ocorre em localidades próximas dos grandes centros. É interessante notar que, mesmo nos países de economia capitalista liberal, o governo incentiva, quando não direciona, a formação de especialistas em função de carências identificadas. Aqui a formação está atrelada à disponibilidade de vagas de residência médica ou à aprovação das sociedades médicas de cada especialidade. É uma questão para a qual deveríamos olhar com maior atenção.

Para Varella (2014) para avaliar se há carência de profissionais ou instalações nos planos de saúde, devemos analisar a questão da suficiência da rede de atendimento, é preciso considerar que indicadores tradicionalmente usados na saúde pública são pouco eficientes na saúde suplementar. Quando se fala, por exemplo, de leitos por habitantes no SUS, que é um patrocinador único, sabe-se que os leitos são destinados exclusivamente ao atendimento do SUS – a relação é direta e permite balizar a oferta e a demanda. No caso da saúde suplementar, essa medida não funciona. Hospitais de ponta de São Paulo, por exemplo, têm seus leitos credenciados por dezenas de operadoras de saúde diferentes, e todas contabilizam esses leitos como disponíveis em suas redes, como se esses leitos estivessem sempre à disposição delas. De fato, estão. De quem são, afinal, esses leitos? De todos e de ninguém. São de quem chegar primeiro. Os hospitais agem assim para resguardar sua capacidade de geração de receita. Todos os hospitais se comportam dessa forma. O fato é que não se consegue estabelecer uma relação direta de leito por paciente na saúde suplementar, porque os leitos não são exclusivos, vão sendo utilizados de maneira alternada por múltiplas operadoras, em também porque sua disponibilidade varia de acordo com a cobertura de cada categoria de plano.

Na saúde suplementar é diferente. Numa rede credenciada, você pode ter um médico que atende a vários convênios e trabalha, dentro de sua especialidade, duas tardes por semana em seu consultório. Outro profissional, da mesma especialidade, atende de manhã e à tarde, todos os dias da semana. A produtividade é completamente diferente entre eles, mas ambos estão contabilizados de maneira igual nas redes das operadoras. Portanto, na saúde suplementar não se pode

considerar a relação de leitos e de médicos por operadora da mesma forma que na saúde pública. Esse é um erro muito frequente.

De acordo com Ceschin (2014) hoje as operadoras têm que atender em um determinado prazo, independentemente de ter dez, cem ou duzentos médicos naquela especialidade. Esses indicadores criam uma ilusão de suficiência da rede credenciada. Esse foi um dos motivos pelos quais adotamos o critério do prazo máximo de atendimento como medida de eficiência. É um parâmetro simples, de fácil compreensão para qualquer pessoa. O conceito de suficiência de rede passa a ser outro. Em lugar de indicadores tradicionais, o prazo de atendimento passa a ser determinante. Outro aspecto importante diz respeito à relação entre a distribuição geográfica das redes de atendimento e as áreas de concentração de clientes. Se há contingente grande de beneficiários numa localidade, não adianta construir uma rede em outra. O mapa da rede de atendimento tem que se sobrepor ao da distribuição da população coberta por plano. A distribuição adequada da rede é, justamente com o prazo para atendimento, fundamental para o consumidor ter acesso oportuno aos serviços.

Atualmente, estão registrados na ANS em torno de 30 mil plano de saúde de mais de 960 operadoras, envolvendo mais de 170 mil médicos, fica evidente que isso tem de ser feito por meio de sistemas de informação. Foi por essa razão que, na ANS, publicamos um normativo obrigando todas as operadoras de saúde a colocar em seus sites a informação atualizada sobre a rede credenciada disponível – por plano, tipo de atendimento, especialidade e localidade.

Durante décadas foi alimentada a ideia de que plano bom era aquele que tinha um livreto de rede credenciada grosso, porque isso significava que oferecia muitos médicos, hospitais, serviços de diagnóstico. Plano com livreto de orientação fino era considerado ruim. As pessoas estabeleciam uma relação direta entre quantidade e qualidade.

Segundo Varella (2014) quando se adota o fator tempo para o atendimento como medida preponderante, essa relação é mais verdadeira. Com os prazos máximos estabelecidos em normativo publicado pela ANS, a obrigação de garantir acesso passa a ser da operadora. A partir daí, cabe a ela balancear o número de profissionais ou serviços necessários de acordo com a demanda, em cada localidade. Outro ponto importante é que, com os prazos máximos, diminui a possibilidade de operadoras postergarem o atendimento como forma de controlar

custos. Criou-se, ao contrário, um estímulo para elas ampliarem as redes onde estas não são suficientes para atender os clientes no prazo. Esse é o objetivo de suspender a comercialização de planos para quem não cumpre os prazos determinados pelas normas da ANS. Se em determinada localidade a operadora não está dando conta de atender os beneficiários de um plano dentro dos prazos máximos, é porque sua rede não é suficiente. Essa deficiência vai gerar reclamações à ANS e, se elas não forem resolvidas, a operadora será punida com a suspensão da comercialização daquele plano – por três meses, pois esse é o tempo necessário para a realização de um novo levantamento sobre qualidade do atendimento. Enquanto isso, ela continuará a atender quem já estava no plano, mas terá de adequar a rede para poder atender bem os clientes existentes e os futuros novos clientes. Para voltar a vender o plano, ela deve provar que pode cumprir os prazos.

De acordo com Bisognano (2015) mesmo com os avanços significativos ocorridos, nossa discussão sobre a assistência médica nacional é muito frequentemente envenenado pela negatividade. Contudo, em todo o país, ainda persistem conversas mais calmas, refletidas e vastamente mais construtivas entre os inovadores da assistência médica. O enfoque dessa conversa é como melhorar o sistema para os pacientes, bem como para os clínicos, e torná-lo mais acessível a todos aqueles que pagam as contas.

Segundo Ceschim (2014) existem formas de analisar a qualidade dos serviços médicos com dados objetivos, de fácil compreensão, que podem orientar melhor as escolhas, para que elas não sejam feitas apenas na base do “ouvi dizer”. O ideal seria que pudéssemos discutir a qualidade técnica dos serviços com base em análises de desfechos clínicos de tratamentos e não em uma percepção vaga de qualidade. Quando se falar de médicos, a questão da formação é muito importante. Não só a formação acadêmica e os títulos, mas também as atividades profissionais, experiências com ensino, o tempo de medicina etc. No caso dos hospitais, laboratórios e outros serviços, os indicadores existentes até o momento, infelizmente, não são tornados públicos nem são acessíveis aos pacientes ou ao cidadão em geral. Por exemplo: indicadores de infecção hospitalar, mortalidade, complicações e reinternações. São dados objetivos, de fácil compreensão, que podem orientar a busca do melhor serviço e do melhor profissional.

Imaginemos que, na hora de decidir, pudéssemos comparar o desempenho de duas equipes médicas, que dão atendimento a populações clinicamente semelhantes, para um determinado procedimento – vamos dizer, uma cirurgia de revascularização miocárdica, popularmente conhecida como ponte de safena. Pode ser analisado o número de pacientes que cada equipe operou, qual foi a taxa de infecção, a de mortalidade cirúrgica, a incidência de reinternações e complicações, e assim se avaliar a relação custo-efetividade de cada uma. Essa avaliação comparativa é possível, desde que as informações estejam disponíveis.

De acordo Varella (2014) a medicina é uma profissão humanista. Não é simplesmente uma ciência que se aplica com base em evidências, o que a gente chama de relação médico-paciente tem importância grande. Para o doente é fundamental ter um médico que compreenda seus problemas e o ajude a tomar decisões difíceis. Nós não temos nenhum indicador que avalie essa habilidade do profissional. Podemos ter um médico de maior competência técnica cujo relacionamento com o paciente é péssimo, e vice-versa.

Alguns prestadores de serviços têm pesquisas genéricas, que não particularizam essa questão. A própria ANS realizou uma pesquisa a respeito da satisfação do beneficiário em relação aos serviços prestados pela saúde suplementar e criou indicadores. Seria conveniente particularizar não só aspectos como relacionamento e atenção, mas também a questão médica, tecnicamente falando. Em conjunto, as duas informações permitiriam perceber melhor a qualidade dessa relação. Além de criar indicadores, é preciso assegurar a transparência na divulgação. Existem serviços com reputação de excelência que não divulgam seus resultados de desfecho clínico, infecção em internações, complicações etc. Fala-se pouco e divulga-se menos ainda. Precisamos criar a cultura da transparência, que seja compreensível para quem utiliza do serviço, para que a pessoa possa fazer comparações. O melhor estímulo para a melhoria da qualidade é a concorrência. Hoje, praticamente não existe essa avaliação comparativa dos prestadores de serviço médico.

A ANS divulga avaliações e indicadores das operadoras de saúde e avançou na divulgação de alguns indicadores de desfecho clínico dos prestadores em um programa chamado Qualiss (programa de qualidade dos serviços de saúde). Para se criar um programa semelhante para o restante da cadeia produtiva, seria preciso o envolvimento das entidades que representam hospitais, laboratórios, serviços de

imagem e médicos. Seria necessário também que o Ministério da Saúde participasse – porque, hoje, esses segmentos estão fora da alçada da ANS.

Para Ceschin (2014) para se contratar um plano de saúde, o primeiro passo é não escolher por impulso, mas buscar informações sobre planos e operadoras, para fazer uma opção consciente. A ANS divulga uma série de informações que podem ajudar o consumidor. Há um ranking, publicado anualmente, que compara as operadoras com base em aspectos econômicos, operacionais e de qualidade. Outros indicadores interessantes são: o índice de reclamações, os resultados das pesquisas de satisfação dos usuários feita pelas operadoras, a lista de planos com comercialização suspensa por não cumprimento de prazos de atendimento, que é divulgada trimestralmente. Outra fonte de informação a respeito de reclamações contra operadoras de saúde são os órgãos de defesa do consumidor.

A agência também disponibiliza um guia com a relação de planos individuais e coletivos por adesão, por faixa de preço, para aqueles que querem exercer a portabilidade, ou seja, mudar de plano. Esse guia pode ser útil para o consumidor que deseja saber as opções existentes dentro de determinada faixa. Quem vai contratar um plano tem de considerar, além do preço e do valor do reembolso, a qualidade da rede credenciada. Importante lembrar que a espessura do livreto ou guia de orientação, ou seja, a quantidade de serviços credenciados da rede, não significa necessariamente qualidade. É fundamental também analisar a abrangência geográfica do plano, isto é, em quais regiões o consumidor terá cobertura. Para não ser surpreendido depois, é bom se informar a respeito dos mecanismos de regulação do plano: qual a rotina para acesso aos serviços oferecidos, para quais procedimentos e exames é solicitada senha de acesso ou autorização prévia etc. Por fim, é importantíssimo que o consumidor leia atentamente o contrato e tire todas as suas dúvidas antes de assiná-lo.

De acordo com Varella (2014) as operadoras pagam o mesmo valor por uma consulta, qualquer que seja o médico; pagam, por um ultrassom transvaginal, o mesmo para todos os serviços de imagem. Se todos recebem o mesmo valor pela consulta e posso atender esse doente em cinco ou dez minutos, por que vou gastar trinta minutos? Por isso, sou totalmente favorável a remunerar melhor e dar incentivo a que tem as melhores práticas. Aliás, a simples divulgação de uma remuneração diferenciada já seria uma forma de incentivo. É preciso inverter a lógica atual, que nivela por baixo, e alinhar incentivos com o objetivo maior, que é buscar o melhor

resultado para o usuário ou paciente, com a melhor relação custo-qualidade-efetividade. Assim se criaria um círculo vicioso em busca da melhor qualidade, do melhor resultado. No Brasil, não há nenhum impedimento em diferenciar a remuneração, mas há resistências, inclusive de algumas entidades médicas. O que elas alegam é que as avaliações de resultado, em geral, só levam em conta o fator custo. De fato, muito do que se fez de avaliação foi com foco nos custos de tratamento. Não deveria ser assim.

É claro que não se deve ignorar a questão do custo – afinal, a sociedade não tem recursos infinitos. Mas é preciso avaliar também o desfecho clínico – em outras palavras, a adequação do diagnóstico e do tratamento realizados. Há mecanismos de avaliação a serem desenvolvidos, e, mais do que isso, é importante criar essa cultura.

3.4 Os desafios da assistência pública e privada no Brasil – O que houve de errado na reforma.

De acordo com Ceschin (2014) existem duas variáveis principais que podemos atribuir como um erro na reforma da saúde, são eles: a gestão assistencial e a gestão de custos, elas não são compatíveis, sob forma alguma.

“Quando se fala da gestão custos, basicamente a discussão é sobre tabela de preços. Já quando se fala sobre gestão da assistência, o que está em jogo é o acompanhamento do paciente, tanto para a manutenção da sua saúde quanto para o tratamento adequado.

Na verdade, o ideal é que a gestão de custos e a gestão da assistência se complementem. Entretanto, o que se faz hoje na saúde suplementar é, sobretudo, a gestão de sinistros: as operadoras gerenciam os gastos mensais dos atendimentos realizados pela rede de prestadores. Se esse custo assistencial sobe, procuram recompor suas margens, negociando com os prestadores reajustes menores que aqueles repassados aos preços cobrados dos seus clientes.

Poucas se utilizam de programas de gestão assistencial como instrumento de contenção de custos. Custos podem ser reduzidos, por exemplo, por meio de ações

de prevenção de riscos e doenças, promoção da saúde, acompanhamento de pacientes crônicos e de alta complexidade, utilização de diretrizes clínicas. Avaliar e remunerar as melhores práticas é outra medida que aumenta a eficiência e reduz desperdícios e custos.

São fundamentais, também, nesse sentido ações para orientar, informar e educar a respeito dos cuidados com a saúde. E, sobretudo, a criação de mecanismos que permitam envolver o usuário economicamente na utilização dos recursos, por meio da coparticipação. Acreditamos que o modelo voltado exclusivamente para o gerenciamento de custos e que ignora a utilização de ferramentas de gestão assistencial está esgotado. A situação se agrava porque a gestão de custos é feita em um ambiente onde o modelo de remuneração, principalmente o hospitalar, é o de conta aberta – ou seja, de pagamento por procedimento, por insumo, por material utilizado. Em consequência, os prestadores de serviços médicos são estimulados a consumir materiais e gerar procedimentos.

Segundo Varella (2014) a forma desenfreada, crescente e sem que esse consumo venha acompanhado da necessária análise do desfecho clínico, sem avaliar se a indicação médica dos procedimentos é ou não adequada para aquele caso e se os recursos que estão sendo utilizados são necessários. Enquanto vivemos essa distorção do modelo de remuneração da saúde suplementar, outros países já há muitos anos adotaram o modelo de remuneração por pacotes e procedimentos e por diárias globais cujos valores estão relacionados à complexidade do tratamento. Ou seja, a partir da análise de diretrizes clínicas que estatisticamente balizam, por exemplo, como uma cirurgia de vesícula deve ser realizada e qual o consumo médio de materiais comumente utilizados, pode-se chegar a um custo padrão para esse procedimento. Esse valor fixo acrescido da margem do hospital é então negociado com o plano de saúde. Esse sistema valoriza a relação custo-efetividade no tratamento e desestimula o uso abusivo de materiais e procedimentos, pois aqui o hospital passa a ganhar mais margem quanto maior for sua efetividade na conduta médica e na utilização de recursos.

Mas recentemente, países como Estados Unidos, Inglaterra e Espanha têm adotado um componente de remuneração atrelado a resultados e valor agregado ao paciente.

Aqui no Brasil, temos medicina de ponta, mas nosso modelo de remuneração é ultrapassado. Essa mudança se torna urgente à medida que a medicina evolui.

Com os avanços da biologia molecular, da engenharia genética, da nanotecnologia e da robótica e com maior precisão do diagnóstico, há uma mudança clara, em curso, para uma medicina que vai se tornar cada vez mais personalizada, com uso de medicamentos altamente efetivos: a chamada medicina de precisão. Essa nova medicina, na qual os custos dos tratamentos se tornam cada vez mais altos, demandará também uma gestão de precisão, que combata desperdícios e otimize ao máximo os recursos disponíveis.

Para Varella (2014) nos planos de saúde, nos deparamos com uma situação semelhante à dos prédios de apartamentos em relação ao uso de água. Porque, quando a pessoa mora em uma casa, paga pela água que gasta; quando mora em apartamento, a conta vai para o condomínio, não importando quem usou mais ou menos. Se eu tomo banhos de cinco minutos e você, de quarenta e cinco minutos, estou pagando parte da sua conta. As pessoas não têm essa consciência, e é por essa razão que se economiza pouca água em prédios. No plano de saúde é a mesma coisa. Se você gasta muito com a sua saúde, isso significa que o preço do plano vai subir para todo mundo, inclusive para você. Não há essa consciência nem entre usuários, nem entre médicos. Na hora em que pede os exames, o médico pensa: “Bom, é o plano que está pagando...” – como se isso não acabasse se refletindo sobre o usuário.

Precisamos de uma mudança cultural. Um filósofo e educador croata nascido em 1861 e formado na Áustria chamado Rudolf Steiner dizia que “a pedagogia cura e a medicina educa”. É por meio da educação que as pessoas vão adquirir consciência de que decisões e escolhas pessoais sobre cuidados com a saúde não impactem somente a ela próprias, mas também as pessoas que lhes são próximas e todo o sistema de saúde, financiado por milhões de outros consumidores e cidadãos. E vão dar conta de que todos podem contribuir para que o resultado seja melhor. Educar o usuário ou o paciente significa transferir poder para ele. O paciente orientado quanto à forma de se cuidar tem comprovadamente os serviços de emergência, interna-se menos e compreende melhor as orientações médicas. Tem menos necessidade, portanto, de frequentar serviços de saúde. Tem maior autonomia e custa menos para o sistema. É esse o caminho que países mais desenvolvidos e com sistemas de saúde mais organizados estão seguindo.

Quando se fala da necessidade de educar, não estamos falando só do usuário. Estamos falando do médico e do serviço de saúde. Se todos agirem com

responsabilidade, o resultado será melhor. É uma mudança cultural. O modelo de pagamento que incentiva o consumo em detrimento da busca pelo melhor resultado não é condizente com a atitude responsável que se quer incentivar, além de eventualmente expor os consumidores a situações de risco.

Varella (2014) continua, quando falamos sobre essa mudança de cultura, que teria que chegar às operadoras, aos médicos e aos próprios usuários do serviço. A relação do médico com as operadoras é litigiosa. Os médicos se queixam de que ganham mal e que as operadoras às vezes se recusam a pagar por serviços prestados, pedem prazos para internações e complicam o exercício profissional.

Segundo Ceschin (2014) quando se analisa o custo assistencial – que compreende os gastos com médicos, exames, procedimentos, internações, matérias, medicamentos etc. –, constata-se que a parte que corresponde aos honorários médicos tem sido comprimida pelo uso extensivo de tecnologia, exames, medicamento e materiais, principalmente do grupo formado por órteses, próteses e materiais especiais (OPME). À medida que o gasto com tecnologia, materiais e medicamentos aumenta, o ganho do médico é espremido, e essa compressão desemboca no conflito entre médicos e operadoras. Esse conflito terá mais chances de ser resolvido quando os dois lados – operadoras e médicos – entenderem que os recursos, que são finitos, estão sendo transferidos de maneira pouco racional para custear outros insumos.

Para isso se faz necessário mudar a estrutura de atendimento, com todo o sistema centrado no paciente, e somente gastar com o que, de fato, vai beneficiá-lo, transferindo de volta para o médico recursos que eram desperdiçados. Enquanto vincularmos a recomposição do ganho médico apenas ao repasse desse custo para as mensalidades dos planos, ela ficará limitada pela capacidade de pagamento dos consumidores, já bem comprometida. Creio que é mais produtivo buscar recursos onde há desperdício e negociar com as operadoras a transferência dessa economia, ou de parte dela, para o honorário médico.

Aqui também o uso de diretrizes clínicas, baseadas nas melhores evidência médicas, seria interessante, como mecanismo de proteção do paciente e do próprio médico. Quando utilizadas, não há o que discutir em relação a exames e procedimentos solicitados. E fica difícil também usar o excesso de exames como justificativa para a compressão do ganho médico. Por meio da racionalização de recursos, portanto, é possível recompor o ganho e valorizar a atividade médico. Para

finalizar, ainda em relação à questão da remuneração dos médicos, não se deve desconsiderar que, apesar de todos os problemas apontados, esse ganho vem sendo recomposto nos últimos anos, embora não na velocidade que eles desejariam.

De acordo com Varella (2014) vivemos na saúde uma situação completamente diferente daquela de cinquenta anos atrás, quando tínhamos grande massa da população vivendo em zona rural e sujeita a complicações por doenças infecciosas, parasitárias etc. Hoje nosso padrão é o de países desenvolvidos: pessoas morrem principalmente de complicações cardiovasculares, câncer e outras doenças degenerativas. Os números dão impressão de fatalidade: 30% da população tem de morrer de ataque cardíaco? Não. Nós precisamos ter uma determinada porcentagem da população com diabetes? Não, não precisamos. O que se vê é que o número de casos de diabetes aumenta assustadoramente, não só no Brasil, e, no entanto, as operadoras não têm uma política conjunta de prevenção, para ensinar às pessoas que andar faz bem para a saúde, que não se deve fumar, que é preciso beber com moderação e fazer exercícios.

O setor de saúde suplementar se comporta de maneira reativa, agindo apenas quando o paciente o procura para tratar de alguma doença. Se ele só intervém na hora de tratar, já está atrasado. Com uma população que vem envelhecendo e diante da mudança do padrão epidemiológico, de doenças infectoparasitárias para crônico-degenerativas, é necessário que o sistema de encarregue do cuidado e acompanhamento continuado dos usuários, o que se convencionou chamar de “linha de cuidado”. O desejável é que as pessoas sejam acompanhadas em todas as fases da vida e que o sistema seja proativo, isto é, identifique riscos potenciais em tempo hábil para a adoção de medidas preventivas.

Segundo Ceschin (2014) em geral, as operadoras têm a visão de que prevenir é um investimento imediato com ganho diferido. Como as operadoras não vivem uma situação econômica favorável, há resistência à realização de novos investimentos, principalmente aqueles que só vão trazer resultados no futuro. Para corrigir esse desvio, as operadoras deveriam adotar uma posição conjunta. Só vamos atingir bons resultados se o setor como um todo mudar sua forma de prestar assistência. Se uma operadora fizer isso, lógico, ela larga na frente e vai colher os benefícios. Algumas até começam a dar sinais de mudança. Exemplo disso é o

programa de combate à obesidade infantil lançado recentemente por uma grande operadora.

Já uma mudança de comportamento do próprio consumidor, que demanda mais serviços, exige seus direitos e percebe que precisa ter um cuidado continuado com a saúde. Por sua parte, as operadoras devem se organizar para o acompanhamento continuado da população por ela assistida, estratificando, de acordo com o grau de risco de cada grupo, o nível de atenção e cuidado ao longo de diversas fases da vida, envolvendo promoção de saúde, prevenção de doenças, acompanhamento de patologias e casos crônicos, tratamento e reabilitação de seus usuários, pacientes ou não.

A população brasileira atingiu padrões de longevidade semelhantes aos dos países desenvolvidos. Contudo, viver mais não significa necessariamente que terá melhor qualidade de vida.

De acordo com Lobato (2009) a institucionalização das políticas de assistência social pós Constituição de 1988 vem sofrendo com os projetos governamentais nos anos que se sucederam. O primeiro governo eleito pós Constituição adotou política econômica neoliberal e os governos subsequentes mantiveram política econômica restritiva, também com forte impacto na área social. O que pode ser verificado, então, foi a existência de um híbrido de políticas progressistas com restrições importantes de cobertura, no financiamento e na qualidade da atenção, ainda com pouco impacto na construção da cidadania social prevista.

Tal situação, acrescida de obstáculos estruturais que se expressam em desigualdades sociais, socioeconômicas e culturais, nas características do federalismo brasileiro, na proteção social fragmentada e no modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema foi construído, vem gerando dificuldades e desafios para a implementação do SUS.

O SUS convive com desafios que fazem parte de um quadro complexo de eixos estratégicos envolvidos, como dificuldades quanto à relação público-privada, controle social, financiamento, entre outros que, dependendo do marco teórico-conceitual utilizado para análise, vem gerando pouco consenso sobre os desafios ainda existentes para a implementação do SUS.

O desafio de financiamento do SUS comporta duas vertentes: a da quantidade e a da qualidade dos gastos. Em termos internacionais, o Brasil gasta

pouco em saúde (212 dólares anuais per capita; 96 dólares públicos), valor inferior ao da Argentina (426 dólares; 300 dólares públicos), Chile (282 dólares; 137 dólares públicos), Costa Rica (305 dólares; 240 dólares públicos) e México (372 dólares; 172 dólares públicos). Para serem aumentados os gastos públicos há de ser regulamentada a Emenda Constitucional 29, fato não ocorrido até então, após onze anos de sua aprovação.

Segundo Noronha (2008) um dos principais desafios para a consolidação do SUS é superar a desigualdade em saúde, o que implica “mudança substantiva do papel do Estado nas três esferas do governo, com fortalecimento da gestão pública com finalidades diferenciadas nos âmbitos nacional, estadual e municipal, divisão de competências e articulação de princípios nacionais de política com decisões e parâmetros locais e regionais. “Entretanto, até essa separação tão nítida, no caso da saúde, é bastante difícil, tendo em vista que diante da desigualdade de distribuição dos serviços de saúde existentes, para se conseguir atender aos princípios e diretrizes da regionalização, da hierarquização e da integralidade, são fundamentais a formação e a gestão de redes de atenção nem sempre diretamente relacionadas a uma mesma unidade política-administrativa. Sem contar que os fatores que geram problemas de saúde ultrapassam territórios e a maior parte dos pequenos municípios brasileiros não tem condições de prover todas as ações e serviços necessários à atenção integral.

Tal situação vem gerando um SUS estruturado para responder às demandas universais dos setores mais pobres e um SUS segmentado, que responde aos serviços de maiores custos que atendem a população economicamente integrada, ou seja, os atores mais bem posicionados na arena sanitária tendem a se apropriar, relativamente, de mais recursos. Do total da população brasileira, 28,6% dos brasileiros são usuários exclusivos dos SUS; 61,5% são usuários não exclusivos e apenas 8,7% não são usuários. Os beneficiários do sistema de saúde suplementar utilizam, frequentemente, os serviços de maior densidade tecnológico do SUS, mas os que não estão cobertos pelos planos de saúde não podem utilizar seus serviços privados.

Outro desafio está na articulação intersetorial para o desenvolvimento de políticas mais abrangentes que interferem na garantia da saúde como direito social e de cidadania, a exemplo de políticas voltadas para a produção industrial e provisão

de insumos, formação de recursos humanos e regulação de vários mercados em saúde.

De acordo com o CONASS (2006), para além das questões estruturais, existem as situações inerentes ao plano intrínseco da saúde, como o desafio de mudança do modelo de atenção à saúde. A semelhança de quase todos os sistemas de saúde universal, o brasileiro é voltado também para o atendimento das situações agudas, fato incoerente com necessidade epidemiológica atualmente apontada pelo perfil epidemiológico marcado por condições crônicas. O sistema de saúde deve então desenvolver cuidados inovadores, tendo em vista que 75% da carga de doenças são compostas por condições crônicas, enquanto o modelo de atenção esta voltado para a atenção às condições agudas.

A mudança do modelo de atenção exige também a concepção de reorganização do sistema de saúde sob forma de redes de atenção a mudanças, a saber:

- Cultural: quanto à associação da ideia de que a atenção básica está constituída por procedimentos menos complexos, quando na realidade tais intervenções são menos densas tecnologicamente, mas muito complexas.
- Gestão: necessidade de implantação das redes de atenção com a obediência e uma hierarquia de princípios em que o maior é do acesso. Há a necessidade de gestão de relações de trabalho com a aplicação de modelo tecnológico de trabalho, onde o trabalhador assuma a centralidade do processo produtivo e possa ter autonomia e criatividade, mediante seu conhecimento técnico e qualificação profissional. Para além da geração da autonomia no exercício do trabalho, existem as dificuldades quanto ao gerenciamento de vários contratos de trabalhadores, quanto ao planejamento, ao gerenciamento e à gestão da educação do trabalhador em saúde e à definição de carreiras próprias do estado, todas as situações que ocasionam conflitos diversos.

O quadro 1 apresento um resumo dos eixos estratégicos e seus desafios no decorrer da implementação do SUS.

Quadro 1 – Dificuldades na implementação do SUS.

Eixo Estratégico	Dificuldades
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na regulamentação e no cumprimento da vinculação constitucional da saúde (EC 29). • Insuficiente volume de recursos para o setor. • Baixa participação dos investimentos do gasto público em saúde.
Relações público-privadas	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento do setor privado supletivo subsidiado por renúncia fiscal, com segmentação da clientela. • Regulação ainda incipiente sobre os prestadores privados do SUS e setor privado supletivo. • Multiplicação de novas formas de articulação público-privada na saúde (terceirizações, fundações, cooperativas etc.).
Descentralização e relações entre gestores	<ul style="list-style-type: none"> • Imprecisão na definição do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema. • Conflitos e competitividade nas relações entre gestores dos diversos níveis.
Gestão e organização do sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos estados e municípios. • Superposição e excesso de oferta de algumas ações, insuficiência de outras, pouca interação entre serviços.
Atenção aos usuários	<ul style="list-style-type: none"> • Persistência de desigualdade de acesso. • Persistência de distorções no modelo de atenção. • Problemas no âmbito da qualidade e resolubilidade da atenção em diversos serviços do SUS em todo o país.
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Distorções na formação dos profissionais de saúde. • Heterogeneidade entre os estados e municípios na constituição de equipes técnicas. • Dificuldades de estados e municípios na contratação de profissionais de saúde, agravadas pela conjuntura de reforma do estado, com pressões para redução de gastos com pessoal. • Distribuição desigual de profissionais de saúde no território nacional. • Aumento da precarização das relações de trabalho em saúde.
Controle Social	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamento dos conselhos de modo muito variável em todo território nacional. • Predomínio do caráter consultivo do conselho em detrimento do deliberativo sobre a política.
Desenvolvimento científico e	<ul style="list-style-type: none"> • Defasagem tecnológica em vários segmentos relevantes para a saúde e uso inadequado de tecnologia em outros.

tecnológico e produção de insumos para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Estagnação da indústria nacional. • Alta dependência de importações. • Custos elevados de insumos.
Provisão e regulação de insumos para o setor	<ul style="list-style-type: none"> • Persistência do quadro de insuficiência e desigualdades na distribuição no país. • Grande peso do setor privado na oferta de procedimentos de apoio diagnóstico. • Dificuldade de acesso a diversos tipos de equipamentos e medicamentos. • Limitações da assistência farmacêutica pública. • Limitada regulação estatal sobre os mercados de insumos em saúde.

Fonte: Adaptado de Noronha, J. C de; Lima, L. D de; Macedo, C. V, 2008, p. 467-469

Noronha (2008) conclui que os desafios relativos à implementação do Sistema Único de Saúde não são restritivos ao campo de saúde, tendo em vista que envolvem a aquisição de direitos cidadãos que têm a ver com um movimento de luta pelo desenvolvimento do país e consolidação de um espaço de proteção social. Tal luta requer um Estado sólido, que realize políticas estatais mais abrangentes e apoie o sistema público. Trabalhar e apoiar o SUS significa movimentar-se a favor da valorização da solidariedade em detrimento ao individualismo e de políticas progressistas em detrimento das políticas neoliberais.

3.4.1 Regionalização e hierarquização do sistema.

Para Aguiar (2011, p. 54) a regionalização refere-se à forma de organização do sistema de saúde com base territorial e populacional proposta pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica – 8.080 e visa uma adequada distribuição de serviços para a promoção da equidade de acesso, otimização dos recursos e racionalidade de gastos.

O princípio da hierarquização diz que o sistema de saúde deve organizar-se por níveis de atenção de complexidade crescente com fluxos assistenciais estabelecidos entre os serviços, de modo a garantir assistência integral e resolutiva à população.

De acordo com o Ministério da Saúde, o acesso da população à rede deve iniciar-se pelo serviço de atenção básica que deve estar qualificado para atender e resolver os principais problemas de saúde que chegam nesse nível. Os casos não resolvidos nesse nível devem ser referenciados para outros serviços que comportam maior complexidade tecnológica. A rede regionalizada e hierarquizada “permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

A Lei 8.080/90 define as atribuições comuns e as específicas das três esferas de governo, afirmando que a direção do SUS é única nos níveis nacional, estadual e municipal, sendo exercida, respectivamente, pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde ou órgãos equivalentes e Secretaria Municipais de Saúde ou órgãos equivalentes. As competências específicas dos gestores do SUS foram detalhadas pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), mas outros instrumentos editados posteriormente complementam essa divisão de responsabilidades.

As competências principais do nível federal incluem: a normatização e a coordenação geral do sistema no âmbito nacional a ser desenvolvido com a participação dos estados e municípios, para os quais o Ministério da Saúde deve oferecer cooperação técnica e financeira.

As competências principais do nível estadual incluem: o planejamento do sistema estadual regionalizado e o desenvolvimento da cooperação técnica e financeira com os municípios.

As competências principais do gestor municipal incluem: a gestão do sistema de saúde no seu município, com o planejamento, gerenciamento e a execução dos serviços públicos de saúde e a regulação dos prestadores privados de serviços. Cabe ao município responsabilizar-se pela melhor política de saúde para o nível local, considerando-se sua maior proximidade e, conseqüentemente, maior conhecimento da ordem de prioridades e demandas da população local.

Resumidamente, aos gestores nas três esferas de governos, cabem as seguintes funções: formular políticas e planejamento; financiar as ações e serviços, realizar a regulação; e executar as ações e serviços de saúde.

O SUS é responsável pela garantia de acesso de toda a população brasileira ao conjunto de ações de atenção à saúde – incluindo ações promocionais,

preventivas e assistenciais. As ações de imunização e vigilância à saúde que incluem as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental e dos ambientes de trabalho são executadas pelos serviços públicos de saúde com abrangência nacional e cobertura universal. Os serviços de atenção básica à saúde devem ser organizados pelo gestor municipal e são realizados pelas Unidades Básicas Saúde e pela Estratégia Saúde da Família dentro de cada município. Complementam a rede do SUS o conjunto de serviços ambulatoriais especializados, de diagnóstico e terapia e os hospitais de média e alta complexidade da rede própria do SUS e outros que incluem serviços vinculados às universidades públicas de saúde e os serviços contratados ou conveniados do setor privado.

De acordo com o Ministério da Saúde, o SUS tem uma rede de mais de 63.000 unidades ambulatoriais e cerca de 6.000 unidades hospitalares, com mais de 440.000 leitos. Apresenta anualmente a seguinte produção: 12 milhões de internações hospitalares, 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde, 150 milhões de consultas médicas, 2 milhões de partos, 300 milhões de exames laboratoriais, 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu programa universal às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS pelo Programa Nacional de Imunização.

3.4.2 Financiamento do SUS.

O financiamento do SUS é referido na Lei 8.080/90 no artigo 33 que garante que os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde serão depositados em conta especial, ou fundos de saúde, em cada esfera de atuação (federal, estadual e municipal) e serão movimentados sob a fiscalização dos conselhos de saúde.

O artigo 35 da Lei 8.080 estabelece que o repasse de recursos da esfera federal para a estadual e municipal dar-se-á por dois critérios: a) o primeiro com base no número de habitantes (com 50%) dos recursos; e o segundo critério, com os outros 50% de recursos, toma como base para o repasse os seguintes aspectos: o perfil demográfico e epidemiológico, as características quantitativas e qualitativas da rede de serviços, o desempenho técnico e financeiro do período anterior, os níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais e a previsão

do plano quinzenal de investimentos da rede e ressarcimento de atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

De acordo com Andrade (2001), após as Leis Orgânicas da Saúde, o Ministério da Saúde vem adotando outros mecanismos para regulação do processo de descentralização das ações e serviços do SUS e para o repasse de recursos fundo a fundo. Nesse sentido, foram editadas as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOBs) que, gradativamente, foram normatizando a transferência de recursos para a operacionalização do SUS nas instâncias executoras e definindo outros aspectos do funcionamento e gestão do sistema, além do papel dos gestores nas três instâncias de governo.

Quanto aos recursos para financiamento do SUS, a normatização deu-se a partir da Emenda Constitucional n. 29. Essa emenda estabelece que os municípios devam destinar 15% de suas receitas e os estados, 12% para financiamento dos serviços de saúde, enquanto as despesas da União serão baseadas nos recursos utilizados em 2000, acrescidos da variação nominal, anual do Produto Interno Bruto (PIB).

De acordo com alguns autores, a execução dos recursos nacionais é realizada atualmente, de forma majoritária, sob a gestão dos estados e municípios, os quais recebem os recursos transferidos do gestor nacional aos seus respectivos fundos de saúde, conforme a normatização em vigor, a sua condição de gestão e as responsabilidades assumidas nos acordos nacionais para a implementação de programas e ações de saúde na sua esfera de gestão. A gestão dos recursos orçamentários da saúde cabe ao gestor em cada esfera de governo, sob o controle e a fiscalização do Conselho de Saúde e com a prestação de contas ao poder legislativo.

Cabe destacar que a política pública do SUS enfrenta dificuldades desde o seu nascimento até os dias atuais, passando por momentos de avanços e retrocessos, mediante a composição de forças entre os que defendem uma política privatizante e os que lutam pela universalização dos direitos sociais enquanto política pública. A garantia da saúde como um direito de cidadania, assim como toda a proposta da reforma sanitária brasileira concretizada na legislação do SUS, está na contramão da tendência neoliberal que, desde os anos 80, vem impondo ao Estado a redução de seu papel e, conseqüentemente, a não universalização do direito à saúde. Essa orientação que prevê o fortalecimento do mercado e a redução

do Estado nas políticas sociais teve forte influência nos governos que se seguiram à aprovação do SUS nos anos 90. Essa conjuntura resultou em falta de recursos financeiros e impasses nas normatizações necessárias à implementação do SUS, com certeza retardando e/ou dificultando a sua expansão e a universalização do acesso a serviços e ações de saúde com a qualidade que os usuários têm direito.

Segundo Noronha (2008) são consideradas metas importantes para a geração do pleno sucesso da implementação do SUS a existência de:

- Fontes estáveis de financiamento para o setor e oriundas dos três níveis de governo;
- Condições de financiamento e de gasto adequadas para o setor nos três níveis de governo;
- Consolidação do sistema público, único e universal, em uma lógica de seguridade social, com caráter complementar do setor privado e fortalecimento da gestão pública e regulação do setor privado;
- Definição do papel dos governos no SUS, federal, estadual e municipal, respeitando especialidades regionais;
- Mecanismos de negociação entre gestores para definição e implementação de políticas;
- Fortalecimento da capacidade de gestão pública do sistema, com promoção de expansão e desconcentração da oferta de serviços com adequação às necessidades da população;
- Organização da rede de serviços em lógica hierarquizada e regionalizada;
- Universalização efetiva do acesso a todos os cidadãos brasileiros a todas as ações necessárias;
- Mudança do modelo de atenção em saúde, promovendo a melhoria da qualidade de atenção;
- Formação e capacitação adequadas dos recursos humanos para o SUS, com distribuição equitativa de profissionais de saúde em todo país;
- Constituição de quadro técnico de gestores em todo o país;
- Participação da sociedade na formulação de políticas de saúde e controle da sociedade sobre os gestores e prestadores do SUS;
- Desenvolvimento científico e tecnológico nacional compatível com as necessidades do SUS;

- Fortalecimento da capacidade de regulação da incorporação tecnológica no SUS mediante adoção de critérios científicos;
- Distribuição e provisão adequada de insumos necessários para a saúde em todo o território nacional.

Portanto, o SUS convive com desafios que fazem parte de um quadro complexo de eixos estratégicos envolvidos, como dificuldades quanto à relação público-privada, controle social, financiamento, entre outros que, dependendo do marco teórico-conceitual utilizada para análise, vem gerando pouco consenso sobre os desafios ainda existentes para a implementação do SUS.

Para Noronha (2008) um dos principais desafios para a consolidação do SUS é superar a desigualdade em saúde, o que implica “mudança substantiva do papel do Estado nas três esferas do governo, com fortalecimento da gestão pública com finalidades diferenciadas nos âmbitos nacional, estadual e municipal, divisão de competências e articulação de princípios nacionais de política com decisões e parâmetros locais e regionais. Entretanto, até essa separação tão nítida, no caso da saúde, é bastante difícil, tendo em vista que diante da desigualdade de distribuição dos serviços de saúde existentes, para se conseguir atender aos princípios e diretrizes da regionalização, da hierarquização e da integralidade, são fundamentais a formação e a gestão de redes de atenção ne sempre diretamente relacionadas a uma mesma unidade político-administrativa. Sem contar que os fatores que geram problemas de saúde ultrapassam territórios e a maior parte dos pequenos municípios brasileiros não tem condição de prover todas as ações e serviços necessários à atenção integral.

De acordo com o CONASS, tal situação vem gerando um SUS estruturado para responder às demandas universais dos setores mais pobres e um SUS segmentado, que responde aos serviços de maiores custos que atendem a população economicamente integrada, ou seja, os atores mais bem posicionados na arena sanitária tendem a se apropriar, relativamente, de mais recursos.

3.5 Os desafios da assistência pública e privada no Brasil – Pacto intergeracional e financiamento da assistência.

De acordo com Varella (2011) muita gente fala da sustentabilidade da saúde suplementar, que as mensalidades aumentam acima dos índices de inflação, e mesmo assim os planos de saúde estão em dificuldades. A saúde suplementar tem grandes desafios, a começar pela questão do modelo de financiamento.

Para Ceschin (2011) o modelo atual se baseia no conceito de mutualismo, que vem da área de seguros, um grupo de pessoas se juntam, se cotiza e gera uma receita através do pagamento individual de mensalidades, o valor total arrecadado é usado para pagar as despesas decorrentes do atendimento à saúde de integrantes desse grupo. Como são várias pessoas, os custos se diluem, o preço do plano se reduz e eles podem ter acesso a serviços que teriam dificuldade de custear individualmente. Não tenho nada contra esse princípio, que é bom, mas talvez não seja, sozinho, suficiente para financiar, de forma adequada, uma população em que o número de idosos deve quase triplicar nos próximos trinta anos.

A questão é que o custo assistencial sobe à medida que envelhecemos e passamos a utilizar mais o sistema. Consequentemente, os preços dos planos de saúde aumentam com a idade dos beneficiários, a ponto de, com muita frequência, se tornarem proibitivos para os mais idosos, em especial nos planos individuais.

Parte dos gastos com o atendimento aos mais idosos é repassada aos preços dos planos pagos pelos mais jovens. Esse mecanismo de transferência é chamado de pacto intergeracional. (Ceschin, 2011).

O que pouca gente sabe é que parte dos gastos com o atendimento aos mais idosos já é repassada aos preços dos planos pagos pelos mais jovens. E esse repasse foi bastante impactado pelo fato de o Estatuto do Idoso ter estabelecido aos sessenta anos com limite máximo para os reajustes de planos por faixa etária. Esse mecanismo de transferência é chamado de pacto intergeracional e consiste em fazer a população economicamente ativa financiar parcialmente a assistência dos idosos.

Como aumenta a população idosa, aumenta o custo da assistência prestada a ela e, por conta do pacto intergeracional, aumenta também o custo dos planos de saúde dos mais jovens e o custo médio total.

Segundo Varella (2011), as pessoas não têm ideia de como os reajustes são calculados, e eles são uma das maiores causas de tensão nas relações entre usuários e planos de saúde. Os beneficiários sabem apenas que estão pagando

determinada mensalidade e, de repente, ao mudar de faixa etária, têm um aumento muito superior à inflação. Aí se cria um desentendimento que parece não ter solução.

Ceschin (2011) explica que os reajustes dos planos são feitos pelas operadoras com base na elevação de gastos dos planos por faixa etária. Eles são afetados por diversos fatores. Primeiro, pelo custo crescente dos produtos e serviços – e cabe lembrar que a elevação dos preços da saúde acima da inflação é um fenômeno mundial. Segundo, pela frequência com que as pessoas consomem esses produtos e serviços, e pelos reajustes de preços negociados periodicamente pelas operadoras com todos os prestadores de serviço. Além disso, sofrem os efeitos de um modelo de remuneração que incentiva o consumo e não o melhor resultado. E, por fim, pelas novas coberturas que, por determinação da ANS, são incorporadas aos planos de saúde a cada dois anos.

Os custos assistenciais são, para efeito de precificação, calculados por intervalos de faixa etária. Elas começam no intervalo de zero a dezoito anos, e a última faixa é a dos beneficiários com sessenta anos ou mais, por conta do Estatuto do Idoso. As faixas etárias intermediárias, além de atualizar seus próprios custos, também sofrem reajustes de preço de acordo com a distribuição de custos decorrentes do pacto intergeracional.

De acordo com Varella (2011) o entendimento sobre essa questão é um ponto crítico do sistema de saúde suplementar no Brasil. Como sabemos, os custos médicos e assistenciais crescem à medida que a pessoa envelhece. Se observarmos a curva de custo e frequência de um sistema de saúde, seja público ou privado, vamos ver que ela tem uma inflexão muito acentuada a partir da faixa dos sessenta anos de idade. Ou seja, é justamente a faixa a partir da qual não se pode mais aplicar aumentos por faixa etária. Ao mesmo tempo, porém, tentam minimizar os reajustes nas primeiras mudanças de faixa etária, para que os preços não afugentem os jovens. Se isso acontecer, a idade média se eleva e o custo médio também.

É um equilíbrio difícil de alcançar. A lei estabelece sessenta anos de idade como limite para os reajustes de preços por faixa etária e diz também que o preço final não pode ser mais de seis vezes maior do que o preço inicial.

Tem-se, então, um limite inferior, válido para a primeira faixa etária, de zero a dezoito anos, e um limite superior, que é o preço do plano aos sessenta anos, que deve ser no máximo seis vezes o preço vigente no limite inferior.

Respeitando esses limites, é preciso calcular os preços de cada faixa etária com o objetivo de cobrir gastos correspondentes a elas, mais as despesas com os idosos de mais de sessenta anos, considerando que, no Brasil, os homens vivem em média 74 anos e as mulheres, 78, e a expectativa de vida deve aumentar nos próximos anos.

Segundo Ceschin (2011) a combinação da limitação imposta pelo Estatuto do Idoso com a maior longevidade e envelhecimento da população é que pressiona a distribuição de custos aos mais jovens, via pacto intergeracional, e traz um novo desafio ao modelo de financiamento atual. Só para que se possa comparar, existem países em que o custo da assistência a uma pessoa de mais de sessenta anos é oito vezes maior do que o de uma pessoa na faixa de 18 a 25 anos. No Brasil, o preço não pode ser senão seis vezes maior e isso, de alguma forma, tem que ser equacionado.

Diante do quadro que está se desenhando, é necessário que a sociedade entenda bem essa questão, discuta e decida em que nível deve se estabelecer esse pacto entre as gerações. Por isso, deve ocorrer uma modificação no modelo de financiamento, mas sem abandonar o conceito de mutualismo. Para que se chegue a um equilíbrio no setor, é preciso, concomitantemente com o mutualismo, haver um mecanismo de capitalização de recursos, semelhante ao da previdência privada: os adultos, na sua fase produtiva, deveriam poupar recursos para custear a mensalidade do seu plano de saúde na velhice. O ideal é que uma parcela das mensalidades pagas ao plano de saúde seja capitalizada individualmente, como num plano de previdência privada tipo PGBL ou VGBL. O valor capitalizado teria como destino o pagamento das mensalidades com o plano de saúde a partir dos sessenta anos de idade, por exemplo, ou quando o beneficiário se aposentasse. Com um modelo assim, melhorariamos muito a condição para a permanência dos idosos na saúde suplementar.

Em resumo, o modelo de financiamento é um misto de mutualismo com capitalização, que incentive as pessoas a planejar o futuro e aumente sua capacidade de custear o plano de saúde na velhice.

4. EM BUSCA DO SISTEMA DE SAÚDE PERFEITO.

4.1 Em busca do sistema de saúde perfeito – Ásia e Austrália.

4.1.1 Japão – Viva muito e prospere

Há muita história japonesa apócrifa sobre cinco idosos sentados em camas de hospital conversando sobre o seu bem-estar. Estavam no hospital há vinte dias, e começaram a imaginar o que teria acontecido com o amigo, o sexto paciente na sala, que não estava na cama aquela manhã. “Onde está Keiichi?”, um deles perguntou, e outro respondeu: “Estava se sentindo muito mal, então resolveu ir para casa”.

Segundo World bank statistics (2013) essa piada japonesa tem uma pitada de verdade. As pressões demográficas em jogo no Japão são monumentais. Com uma taxa de 83,3 anos, o Japão tem uma das maiores expectativas de vida do planeta, e a combinação de longevidade e taxa de natalidade em declínio significa que o país está envelhecendo rapidamente. Mais de 25% da população japonesa está acima de 65 anos, e esse grupo já é responsável por mais da metade dos gastos com saúde no país.

De acordo com o Economist intelligence unit (2015) o gasto total do Japão com saúde alcançou 479 bilhões de dólares em 2013, tornando o país o detentor do terceiro maior custo do mundo em saúde, atrás apenas dos EUA e da China. Porém, a assistência médica custou apenas 10,3% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2013, entre os países pretendentes à *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD), o que torna esse custo um sistema rentável.

Para o National institute os population and social security research (2015) a demografia exerce muita pressão sobre as finanças estridentes do país, já que os custos da assistência médica devem superar o crescimento do PIB no futuro previsível. A situação está se agravando devido a uma enorme queda na população. Estima-se que o Japão perderá 32 milhões de habitantes (26%), passando de 127 milhões em 2015 para 92 milhões em 2055, quando 40% da população terá 65 anos ou mais. Uma população menor e mais idosa, produzindo menos receita tributária, em uma economia lenta, é uma combinação perigosa para o sistema de saúde. A

capacidade do Japão de enfrentar esses desafios resultará em importantes lições para outros países desenvolvidos.

4.1.1.1 Kaihoken

Estabelecido em 1961, o sistema de seguro de saúde universal do Japão, conhecido como *Kaihoken*, contribuiu para um aumento sustentado e dramático da expectativa de vida. O rápido aumento, que começou na década de 1950, foi atribuído a uma economia forte e crescente, às políticas de saúde pública assertivas que abordavam doenças transmissíveis, às altas taxas de alfabetização e níveis educacionais, à dieta tradicional e exercício físico, e a um ambiente político estável. A assistência médica universal é um princípio muito valorizado entre os japoneses.

Kaihoken tem uma série de características distintas que se infiltraram lentamente nas fronteiras culturais, sociais, econômicas, e políticas do Japão. O objetivo da assistência médica universal foi parte de uma campanha mais ampla para criar um Estado de bem-estar social nas décadas de 1950 e 1960, quando o país se afastou decisivamente da economia militarizada das décadas de 1930 e 1940. Todos os cidadãos japoneses podem receber atendimento médico em qualquer hospital ou clínica – pública ou privada – com uma taxa de reembolso uniforme que seja aplicada em todo o país, por meio de um sistema de seguro de saúde universal. A criação do seguro universal refletia o desejo político de solidariedade social, e não uma ideologia de competição e escolha.

4.1.1.2 Fragmentação

De acordo com o Ministry of health (2014) a fragmentação é uma característica dominante do sistema de saúde do Japão, com uma miríade de seguradoras e provedores, e uma fraca colaboração clínica. Existe cerca de 3.500 seguradoras de saúde, as quais são divididas em planos de “Citizens Health Insurance”, administrados pelos municípios, destinados a aposentados, autônomos e desempregados. Todos os planos oferecem o mesmo pacote de benefícios nacionais, que abrange atendimento hospitalar e ambulatorial, cuidados com a saúde mental, medicamentos, assistência domiciliar, fisioterapia, e a maioria dos atendimentos odontológicos. As pessoas não tem opção de planos de saúde, e há

pouca concorrência, uma vez que o governo tabelas os preços. É amplamente reconhecido que existem muitos esquemas de segura de saúde, e que muitos deles são pequenos demais para impulsionar as mudanças requeridas pelo sistema de saúde.

Há um elemento de participação no financiamento de despesas, uma vez que todos têm coparticipação entre 10% e 30%, havendo algumas exceções para as crianças e os mais pobres. Uma rede de segurança estabelece um teto para os pagamentos pessoais, limitando os custos domésticos anuais de saúde e de cuidados de longo prazo.

A capacidade do governo de controlar os preços tem sido altamente eficaz, reduzindo os custos ou aumentando-os marginalmente quando da definição das tarifas a cada dois anos. Na verdade, o Gabinete decide o gasto total com a saúde e o Ministério da Fazenda e o Ministério da Saúde, Trabalho e Previdência Social deliberam sobre os detalhes.

Segundo o Ministry of health (2013) existem mais de 8.500 hospitais e 100.000 clínicas (definidas como aquelas com menos de 20 leitos), que fornecem cerca de 13 leitos para cada 1.000 pessoas, o triplo da média da OECD.

A OECD health statistics (2014) essas instalações são predominantemente pequenas, antieconômicas e desprovidas de massa clínica crítica. Os números extraordinários surgiram porque, historicamente, as instalações foram desenvolvidas a partir das práticas dos médicos. Isso se reflete na estrutura atual de patrimônio: cerca de 80% dos hospitais são de propriedade privada e metade destes estão nas mãos de médicos.

Para o Healthcare report (2014) os hospitais não têm fins lucrativos. Embora corporações privadas e grandes empregadores, como a Hitachi, possuam hospitais próprios, estes não são administrados para fornecer retorno a seus acionistas. Quase 75% dos hospitais operam no prejuízo. Com tantas instituições e leitos, a equipe de funcionários por leito é muito baixa, ao passo que o Japão tem quatro vezes o número de escâneres de ressonância magnética (IRM) e seis vezes o número de tomógrafos computadorizados (TC), em comparação com uma população europeia semelhante.

Os médicos trabalham longas horas e há uma grave escassez deles nas áreas rurais, um problema que o governo está tentando resolver. A colaboração entre médicos e especialistas é geralmente baixa, sendo incomuns nas clínicas

equipes multidisciplinares de especialistas. Em um esforço para mudar a situação, incentivos financeiros foram introduzidos em 2008 a fim de melhorar coordenação do atendimento, particularmente em casos de câncer, derrame, cuidados cardíacos e paliativos. O sistema não é bem gerenciado, e muito pouca atenção é dada à organização do acesso dos pacientes e ao desenvolvimento de protocolos eficazes de atendimento. Não existe um limite claro entre os cuidados primários e secundários, e ninguém age como um guardião ente eles, deixando os pacientes livres para consultar qualquer prestador de atendimento – básico ou especialista – a qualquer hora, com cobertura total de seguro.

Para a OECD statistics (2011) essa abordagem irrestrita de acesso está pressionando o sistema de seguros e incentivando o uso intensivo dos cuidados de saúde. O japonês comum faz treze consultas médicas por ano, mais que o dobro da média da OECD, enquanto que o tempo médio de permanência hospitalar é de quase três vezes a média da OECD. Muitos pacientes estão no lugar errado. As pessoas usam hospitais para receber cuidados de rotina que poderiam ser fornecidos em outro lugar, ao passo que pacientes idosos estão em leitos hospitalares para casos agudos, porque não podem receber cuidados residenciais.

O governo iniciou uma reforma radical nas instalações e vias de acesso. As mudanças propostas são enormes: uma drástica redução nos leitos agudos e um grande aumento nos leitos subagudos: camas para cuidados de enfermagem; instalações para atendimento de longo prazo; e serviços de assistência domiciliar. Todas essas mudanças serão aplicadas até 2025, juntamente com a racionalização das localizações de hospitais, a fim de melhorar a qualidade e a eficiência.

4.1.1.3 Reformas arrojadas na assistência de longo prazo.

Um passo importante na prestação de cuidados de longa duração a idosos ocorreu em 2000, quando o governo implantou um plano compulsório de seguro de assistência (Kaigo Hoken) a fim de ajudar os idosos a levar uma vida mais independente. Na verdade, o esquema outro pilar da segurança social, juntamente com cuidados de saúde e pensões. E marca o reconhecimento da inadequada abordagem tradicional de deixar para as famílias – em sua maioria mulheres – e responsabilidade pelos cuidados que deveriam ser um importante papel do atendimento socializado. Tradicionalmente, o cuidado residencial público tem sido

estigmatizado, comumente associado a Ubasuteyama (uma montanha lendária onde as mulheres idosas eram abandonadas) e às implicações da negligência familiar.

O plano é administrado pelos governos municipais, cuja tarefa de prever a demanda de financiamento da assistência é bastante simplificada, já que o governo fixa os preços. O sistema de financiamento inclui dinheiro do governo central e contribuições de cerca de 1% a 2% da renda, pagas por qualquer pessoa com mais de quarenta anos de idade. O custo total é de cerca de 2% do PIB, sendo amplamente valorizado, pois oferece uma ampla gama de serviços de assistência domiciliar, na comunidade e nas instituições. No entanto, os aumentos nos custos, de cerca de 5% ao ano, no período de 2007 a 2011, levaram a reformas para melhorar a eficiência e dar maior ênfase à prevenção.

Os serviços de saúde mental ficam para trás em relação a outros países, em questões como direitos dos pacientes e opinião pública, e existe um forte estigma relacionado à doença mental. Porém, isso está diminuindo e cada vez mais os pacientes estão buscando tratamento. O Japão tem o maior número de leitos psiquiátricos per capita do mundo, refletindo em certa medida o grau de estigma, mas, na última década, o cuidado vem se deslocando para a comunidade, à medida que a aceitabilidade aumenta.

A qualidade dos cuidados de saúde é supervisionada pelas 47 prefeituras dos governos locais, responsáveis pela elaboração de “visões” que vão desde o cuidado pré-natal até a medicina para catástrofes. Pode-se argumentar que isso significa que as decisões são tomadas em nível mais próximo da comunidade, mas a pequena escala indica que o monitoramento da qualidade está incipiente, com excessiva dependência de medidas simplistas, como o número de funcionários. Não há coleta nacional sistemática de dados sobre tratamento ou resultados, e a supervisão da formação médica é limitada. As prefeituras também supervisionam as inspeções anuais dos hospitais, mas raramente chegam ao cerne da experiência do paciente.

O credenciamento hospitalar é voluntário e é realizado em grande parte como um exercício de melhoria; aproximadamente 25% dos hospitais são credenciados pelo Conselho do Japão para Japan Council for Quality Health Care. O conselho não revela os hospitais reprovados.

A luta contra as desigualdades na saúde é prejudicada pela evidente falta de liderança em saúde da população. Desde 2000, o governo defendeu uma estratégia denominada National Health Promotion Movement in the 21st Century (Health Japan

21), cujo objetivo foi prolongar a vida saudável e reduzir as desigualdades. O movimento incluiu metas relacionadas a comportamentos saudáveis, doenças e suicídios.

Segundo o World Health Organization statistics, a dieta japonesa parece ser um fator-chave na alta expectativa de vida, já que o Japão tem a menor taxa de doenças cardíacas na OECD e um taxa de obesidade de cerca de 3,3%, cerca de um décimo da taxa dos EUA. Entretanto, as taxas de obesidade estão aumentando à medida que a dieta tradicional é influenciada pelos hábitos ocidentais, e as taxas de alguns tipos de câncer também estão em elevação. Apesar do envelhecimento da população, o Japão tem, no mundo desenvolvido, um dos níveis mais baixos de demência, e da doença de Alzheimer, em particular.

A importância econômica dos cuidados de saúde é enfatizada por sua inclusão no plano de credenciamento do primeiro-ministro Shinzo Abe. A desregulamentação da saúde faz parte do “Third Arrow”, plano de recuperação econômica – reforma estrutural – juntamente com estímulo fiscal e a expansão monetária. A estratégia visa promover as exportações de tecnologia médica e acelerar a aprovação de medicamentos e dispositivos. É considerada um teste do compromisso de Abe com a desregulamentação. Como no Reino Unido, o papel do setor privado na área de saúde se mostrou controverso entre os médicos, e a Japan Medical Association adverte que nada que enfraqueça o seguro saúde universal deve ser feito.

Segundo Britnell (2015) o Japão faz avanços gigantescos nos últimos sessenta anos. Desde o início, reconheceu o valor do atendimento universal de saúde para o crescimento econômico e a coesão social, e seu sistema de saúde melhorou dramaticamente a expectativa de vida. Tem sido radical no desenvolvimento de uma nova política social para sua população em envelhecimento, mas as pressões demográficas e o crescimento econômico lento apresentam desafios substanciais para o futuro. Como em muitos outros sistemas de saúde, existe um amplo consenso sobre as reformas necessárias, mas não há definição clara de um plano para realizá-las. Há excesso de burocracia, com inúmeros hospitais, seguradoras e prefeituras envolvidos, mas pouca liderança evidente para pressionar por reformas.

Embora o sistema de tabelamento de preços tenha muitas vantagens, a falta de inovação entre pagadores e fornecedores fragmentados, associada à

descentralização do poder político, dificulta a mudança. O Japão é um país notável, com grande capacidade de recuperação e inventividade. A inovação e o instinto empreendedor que fizeram dele uma potência mundial terão que ser totalmente aplicados à assistência médica.

4.1.2 Coreia do Sul – Cobertura universal em 12 anos.

De acordo com Korean Statistical Information Service (2013) como parte de seu plano de rápida expansão econômica, a Coreia do Sul alcançou o seguro de saúde universal em 1989, em pouco mais de doze anos após seu lançamento. Muitos acreditam que o foco permanente na industrialização, do ex-presidente Park Chung-Hee, influenciou muito, tanto a estrutura quanto a prestação de serviços de saúde sul-coreanos, como todos os seus pontos fortes e fracos. Em 2000, a Coreia do Sul unificou todas as sociedades médicas em uma única entidade pagadora abrangente, conhecida como Serviço Nacional de Seguro de Saúde (SNSS). Este sistema universal é financiado por contribuições de empregadores e empregados, bem como subsídios do governo que incluem um programa de assistência médica para pessoas que vivem pobreza (2,7% da população, embora alguns considerem este percentual subestimado). O SNSS recolhe contribuições e reembolsa provedores, além de fornecer informações aos pacientes e administrar serviços de cuidados de longo prazo para idosos.

Segundo o Work Bank figures o sistema sempre contou com gastos elevados, pagos pelos próprios pacientes. O governo financia aproximadamente 54% do gasto total em saúde (a média da Organisation Economic Co-operation Development – OECD é de 72%), ao passo que os 46% restantes são provenientes de fundos privados, principalmente de contribuições pagas diretamente. Com o pagamento de fee-for-service e sem regulamentação de preços para serviços não cobertos, os custos para os pacientes logo aumentam.

Para o Word Bank statistics a Coreia do Sul desenvolveu rapidamente seu sistema de saúde nos últimos trinta anos. Com uma expectativa de vida média de pouco mais de 81 anos e um gasto em saúde de 7,2% do Produto Interno Bruto (PIB), uma das proporções mais baixas da OECD, a Coreia do Sul alcançou melhorias espetaculares na condição da saúde por meio da industrialização, melhoria do abastecimento de água, saneamento, habitação e cuidados de saúde.

No entanto, a população do país está envelhecendo rapidamente. A proporção de pessoas com mais de 65 anos aumentará de 13% para cerca de 38% até 2050.

Conforme Economic Intelligence Unit a taxa de crescimento do número de idosos na Coreia do Sul é a mais alta da OECD, situando-se em 3,6% ao ano, comparada a uma média de 0,56%.

De acordo com Goldsmith (2012, p.35) a exemplo do Japão, essa tendência crescente já está pressionando o financiamento e os leitos hospitalares. O tempo de permanência está aumentando e é agora o segundo mais elevado da OECD (Japão é o primeiro).

Segundo OECD (2013) os gastos com saúde estão crescendo rapidamente, de US\$ 64 bilhões em 2009 para cerca de US\$ 113 bilhões em 2015. Um novo modelo de assistência é necessário, mas um conjunto de problemas estruturais precisa ser abordado para que o sistema de saúde se torne sustentável. Esta é uma questão premente, especialmente em um momento em que os valores culturais estão se distanciando do tradicional cuidado confuciano de família ampliada, em direção a um sistema social ocidental mais fragmentado. Inacreditavelmente, a proporção de idosos que vivem com seus filhos diminuiu de mais de 80% em 1981 para 27% em 2011. Ainda é muito cedo para saber se o novo Programa de Seguro de Longo Prazo, introduzido em 2008, funcionará.

4.1.2.1 Hospitais no controle.

Para Goldsmith (2012, p. 35) a força histórica da saúde sul-coreana é também sua fraqueza potencial. É denominada por hospitais e não por sistemas de saúde. Enquanto a Coreia do Sul transformou sua economia de saúde – de uma economia com infraestrutura médica limitada e financiamento fragmentado da saúde, com cobertura para poucas pessoas, para uma economia com hospitais de primeira classe e seguro de saúde universal – a questão maior é a predominância do sistema hospitalar terciário. Esses hospitais podem ser transformados em sistemas de saúde, estabelecendo redes eficazes de cuidado primário, secundário, terciário e comunitário?

De acordo com OECD (2010) atualmente, cerca de 94% dos hospitais e 88% dos leitos são de propriedade privada, embora operem sem fins lucrativos. Existem três níveis de atendimento hospitalar: clínicas comunitárias, hospitais gerais de pequeno porte e hospitais terciários. Trinta dos 43 hospitais terciários são geridos por universidades privadas, enquanto outros dez (como o Hospital Universitário Nacional de Seul) são geridos por universidades ligadas ao Ministério da Educação, Ciência e Tecnologia. Os demais, como o Centro Médico Samsung são geridos por empresas.

A escolha liberal dos pacientes, juntamente com um sistema de reembolso de fee-for-service, gerou pressão ascendente nos custos. Os hospitais dependem exclusivamente do reembolso do SNSS e de pagamentos diretos, uma vez que não recebem qualquer subsídio do governo por serviços prestados. Portanto, um sistema de pagamento mal projetado encoraja grandes operadores hospitalares a se defenderem, atraindo pacientes por meio da contínua expansão e melhoria das instalações hospitalares. Face a um futuro econômico incerto e uma população em rápido envelhecimento, essa situação não é sustentável.

Para Korean Statistical Information Service (2012) a assistência médica comunitária na Coreia do Sul seriamente subdesenvolvida. Os centros de saúde públicos em geral oferecem serviços limitados, como vacinas e educação em saúde, ao passo que serviços de clínica geral são prestados por médicos em suas próprias instalações. O cuidado primário deve deixar de ser uma porta de entrada para o atendimento hospitalar complexo, e ser direcionado à prevenção e ao trabalho com os pacientes, para identificar o tratamento mais adequando às necessidades destes. Os investimentos e as políticas continuam a se concentrar nos hospitais, ignorando algumas das principais ameaças à saúde pública, em particular a da taxa mais elevada de tabagismo masculino na OECD (45%).

E a taxa mais alta de suicídio na OECD (29,1 pessoas por 100.000 habitantes, ou 14.160 suicídios por ano. South Korea's Struggle With Suicide, *The New York Times*, 2 April 2014.

Muitos sul-coreanos chegam ao hospital com enfermidades como insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), que deveriam ter sido detectadas mais cedo. No entanto, a baixa remuneração dos médicos

comunitários inibe a expansão dos serviços comunitários, que são essenciais à prevenção e ao diagnóstico rápido.

4.1.2.2 Médicos versus corporações.

Para Britnell (2018) a lacuna entre médicos comunitários de baixa renda e grandes hospitais corporativos atingiu um ponto crítico com os planos para uma grande expansão de telemedicina. O Ministério da Saúde e Bem-Estar social considera que o cuidado médico à distância é um meio fundamental para lidar com a crescente demanda e as necessidades da envelhecida e, em alguns casos, remota população. Para empresas como a Samsung, isso abre possibilidades de convergência entre seus negócios de TI e de saúde, e em função disso a Samsung está planejando um investimento substancial em saúde. No entanto, a Associação Médica da Coreia considera que a telemedicina abre caminho para a privatização dos serviços e prejudica a renda dos médicos, alegando que dezenas de milhares de empregos estão em risco entre os médicos que trabalham em pequenas clínicas. Outros consideram que os médicos colocam seus próprios interesses acima dos benefícios dos pacientes.

Segundo o Ministério da Saúde e Bem-Estar Social reconheceu que o sistema de atendimento é fragmentado, e propôs melhorar tanto o atendimento primário quanto o acesso aos serviços hospitalares. Iniciativas recentes incluem o estabelecimento de um sistema de controle oficial para clínicos gerais, e uma nova programação de taxas para os serviços de atenção primária, com uma combinação de *capitation* e *fee-for-service*. Além disso, a pressão por redução está sendo exercida sobre os preços hospitalares, por meio de negociações anuais com fornecedores. A exemplo do Japão (que influenciou a estrutura do sistema sul-coreano), as negociações de preço são controladas e os aumentos permanecem baixos, deixando os pacientes com coparticipações relativamente altas. Esse sistema foi projetado para permitir a introdução da cobertura universal, sem impor um ônus excessivo ao governo, à medida que forjava uma política de crescimento econômico.

De acordo com Goldsmith (2012, p. 35) talvez, devido à forte industrialização e negociações apertadas de preços, os hospitais universitários sul-coreanos são pioneiros em novas estratégias de crescimento. Por exemplo, foi criada a

Associação Internacional de Medicina da Coreia, uma parceria público-privada para expandir o turismo médico, assumindo uma parcela maior de um negócio global estimado em US\$ 50 bilhões. Muitos hospitais universitários na Coreia do Sul têm instalações de primeira classe, que conquistam cada vez mais pacientes da China, Rússia, Mongólia e outras partes da Ásia, atraídos por horários convenientes de voos e preços competitivos. No entanto, para que os principais hospitais universitários ocupem um lugar de destaque no cenário internacional, o sistema sul-coreano de saúde deve prestar mais atenção à melhoria da qualidade e à publicação dos resultados de atendimentos, um aspecto dos cuidados que recebe maior urgência, em função da persistência de uma relação altamente paternalista entre médicos e pacientes.

Britnell (2015, p. 23) conclui que a criação da cobertura universal de saúde em apenas doze anos foi uma conquista surpreendente. Líderes políticos determinados arrastaram o sistema de saúde do país para o século XX, garantindo que a rápida industrialização fosse sustentada por políticas sociais que compartilhavam os benefícios da riqueza. Contudo, o preço pago inclui elevadas despesas diretas e a repetição do erro do Ocidente em confiar demais nos hospitais.

O foco em inovação e na adoção de tecnologia, impulsionado pela indústria eletrônica, atuará como um catalisador para a melhoria que alavancará a mudança, tanto no Oriente como no Ocidente nos próximos anos. Porém, mais perto de casa, a Coreia do Sul deve reequilibrar os cuidados primários e secundários para garantir que seu sistema de saúde seja sustentável e possa lidar com as crescentes pressões advindas do envelhecimento de sua população.

4.1.3 China – Quimera comunista?

De acordo com o World Bank statistics (2013) quem pensasse que a China comunista tem o sistema de saúde mais privatizado do mundo poderia ser perdoado. Com um gasto em saúde de apenas 5,6% de seu Produto Interno Bruto (PIB) – baixo pelos padrões dos BRICS (Brasil, Rússia, China, Índia, e África do Sul) – a China tem tentado melhorar esse quadro. A parcela dos gastos totais com saúde aumentou de 39% em 2005 para 56% em 2012 (bem similar aos EUA, depois que o *Obamacare* foi implementado). Os gastos privados foram responsáveis pelos 44% restantes, dos quais mais de três quartos provenientes de pagamentos diretos.

Para o *China Center for Health Economics Research* (2014) o seguro privado em toda a China representa apenas 3% dos gastos totais com saúde. Os hospitais, em geral, recebem menos de 10% de sua renda diretamente de fontes governamentais.

Pesquisas mostram que a incidência de despesas médicas catastróficas (definidas pela Organização Mundial de Saúde – OMS como aquelas em que os gastos diretos com saúde, em um domicílio, absorvem pelo menos 40% de sua renda, após as necessidades básicas terem sido atendidas) não diminui durante o período 2003-2011, uma vez que se estima que 13% da população – 173 milhões de pessoas – enfrentam crises financeiras devido a problemas de saúde.

Para Meng (2012) de um modo geral, afere-se que os domicílios na China destinam à saúde, em média, cerca de 13% de seus gastos. Analistas consideram que esta é a razão para o consumo interno relativamente baixo de bens e serviços, o que alimenta a dependência no crescimento orientado a exportações. A China precisa reequilibrar essa tendência se quiser que o crescimento seja mais sustentável e que os frutos de sua economia em expansão sejam mais “socialmente compartilhados”. A raiva generalizada direcionada ao sistema de saúde no início de 2000, incluindo o surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2003, aumentou a pressão por mudanças.

Em resposta, o governo chinês deu passos importantes para melhorar o atendimento médico de seus 1,3 bilhão de pessoas. Isto não se deve à ideologia, mas ao pragmatismo realista, uma vez que o governo considera que uma prestação mais ampla em equitativa de cuidados de saúde é um componente importante de coesão social. Como a OMS assinalou, é também necessário melhorar os cuidados de saúde para impulsionar a produtividade da economia chinesa, por exemplo, permitindo ao país lidar com os níveis extraordinários de migração para as cidades.

A Comissão Nacional de Saúde e Planejamento Familiar tem responsabilidade geral pela formulação da política de saúde, mas compartilha essa responsabilidade com vários outros ministérios, em particular o Ministério da Fazenda, o Ministério de Recursos Humanos e Seguridade Social e a Comissão Nacional de Desenvolvimento e Reforma. O Conselho Estadual de Reforma Sanitária dirige o programa de reforma total, embora a governança e a administração sejam altamente descentralizadas, e os governos regionais tenham jurisdição primária sobre os cuidados de saúde. Em um país tão gigante, com uma

grande burocracia estatal, esse ambicioso programa de saúde merece notável respeito.

4.1.3.1 Conquistas épicas.

Segundo Britnell (2015) em termos de escala, as mudanças na China são as maiores reformas de saúde que eu já vi em qualquer lugar no mundo, e algumas das melhorias – especialmente o impulso por acesso universal – estão mostrando um sucesso substancial.

Em 2009, em resposta às pressões crescentes de envelhecimento da população (com um grande aumento nas doenças crônicas), elevação dos custos de saúde e a grande disparidade na prestação e qualidade de serviços entre as áreas urbana e rural, o Conselho do Estado anunciou em plano para atingir cobertura universal até 2020. Essa expansão maciça de seguros foi uma das cinco maiores prioridades para a reforma da saúde, juntamente com a prestação de serviços, a reforma dos hospitais públicos, medicamentos e saúde pública. Essas medidas foram apoiadas por aumentos surpreendentes nos gastos do governo em saúde, na ordem de 125 bilhões de dólares ao longo de três anos.

De acordo com Economic intelligence unit (2014) melhorias no seguro de saúde têm sido drásticas. A porcentagem da população do país coberta pelo seguro básico aumentou aproximadamente 45% em 2006 para 95% em 2011, trazendo cerca de 500 milhões de novos clientes para cobertura pelo sistema de saúde – uma conquista épica. Isso inclui 99% da população rural – menos da metade da população chinesa vive hoje em áreas rurais, o que sinaliza a maior migração humana da história. Portanto, a ação do governo resultou em uma cobertura quase universal em aproximadamente meia década. Não houve um programa de reforma na história dos sistemas de saúde que tenha admitido tantas pessoas com cobertura.

O subsídio para seguro de saúde aumentou e foi dirigido às áreas mais desfavorecidas, mas, embora a cobertura de seguro seja ampla, não é profunda. Algumas estimativas indicam que, depois de levar em conta deduções, coparticipações e tetos de seguro, os pacientes ainda precisam assumir mais da metade dos custos dos cuidados médicos, em parte porque os preços dos hospitais aumentaram.

4.1.3.2 A sombra da corrupção.

Britnell (2015) os avanços nas outras reformas não foram tão simples, refletindo alguns profundos e perniciosos interesses em jogo. Tradicionalmente, os hospitais têm permanecido em grande parte solventes, por meio do aumento dos preços de medicamentos, e serviços de diagnóstico. Os médicos – que são mal pagos, de acordo com os padrões internacionais – complementam a sua renda com encargos adicionais, incluindo prescrição excessiva e tratamento desnecessário em larga escala. Isso apoia uma cultura de corrupção, conivência, má governança e falta de transparência tanto no atendimento como no gerenciamento hospitalar. Práticas antiéticas, como suborno e arranjos desnecessários, são um grande problema. Há exemplos de médicos que obtêm mais da metade de sua renda por meio de subornos.

Medidas anticorrupção foram introduzidas para hospitais, médicos e provedores, e uma lista negra está sendo elaborada, contendo empresas farmacêuticas e de dispositivos médicos envolvidas em suborno. Maior transparência é uma parte importante desse esforço, por exemplo, na precificação de medicamentos e suprimentos. A multa de US\$ 490 milhões aplicadas à GlaxoSmithKline em 2014 por subornar funcionários, médicos e hospitais é uma indicação de que uma maior transparência está em vigor, mas um resultado de curto prazo será uma pressão financeira maior sobre as organizações de saúde já sobrecarregadas.

A reforma dos hospitais públicos é a questão-chave para controlar os custos com cuidados de saúde, melhorar a eficiência, aumentar a qualidade e, em última análise, garantir um melhor acesso a cuidados de saúde dignos. O programa de reforma procurou melhorar o desempenho e a gestão dos hospitais públicos por meio da introdução de planos piloto que procuram definir o papel e as responsabilidades dos hospitais, permitir a concorrência no mercado e a propriedade privada das instalações do Estado (quase todos os hospitais estão nas mãos do Estado), harmonizar as prioridades entre os diferentes ministérios e departamentos e introduzir técnicas modernas de gestão, como a gestão da cadeia de suprimentos, processos ajustados e boas práticas em recursos humanos.

4.1.3.3 A necessidade de habilidades gerenciais.

De acordo com Britnell (2015) nas visitas a Pequim, Shenzhen e Xangai, encontrei considerável entusiasmo por essas reformas, embora isso seja atenuado pela ansiedade em relação ao financiamento e ao apoio administrativo. Por exemplo, alguns diretores de hospitais questionam se o governo preencherá a lacuna de renda caso as sobretaxas relativas aos medicamentos e serviços de diagnóstico sejam eliminadas ou seriamente reduzidas. Da mesma forma, há entusiasmo para melhorar a gestão, mas falta conhecimento técnico. Também houve problemas com rigorosos controles de custos, que proporcionam um incentivo perverso aos hospitais para rejeitarem pacientes gravemente enfermos. Por essas razões, ainda é cedo para saber se a reforma hospitalar será tão bem-sucedida quanto a cobertura universal.

A gestão de medicamentos foi reforçada em 2011 com a criação da Lista Nacional de Medicamentos Essenciais, apoiada em parte pelo trabalho do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) no Reino Unido. Foram desenvolvidos protocolos e formulários baseados em evidências, porém, mais uma vez, é cedo demais para dizer se eles funcionaram, em parte devido à enormidade da tarefa e em parte porque não há uma estrutura regulatória clara para o gerenciamento de desempenho ou da qualidade do atendimento.

O cuidado básico ainda é pouco desenvolvido, fazendo com que grandes hospitais, como os principais centros de saúde acadêmicos, fiquem superlotados, principalmente nas grandes cidades. O governo pretende aliviar a pressão sobre os grandes hospitais, melhorando os centros de saúde comunitários e os hospitais de condados. Os prestadores de cuidados primários (centro de saúde comunitários e centros de saúde nos municípios) estão sendo apoiados para fornecer um conjunto definido de serviços básicos de saúde pública, tendo um papel incipiente como guardiões, a fim de evitar o uso descontrolado de serviços hospitalares caros. Porém, será difícil realizar esse trabalho porque as pessoas sabem que provavelmente receberão melhor tratamento em hospitais maiores. É neles que a maior parte do investimento e da tecnologia está concentrada, o que, por sua vez, atrai melhores médicos e os pacientes que mais pagam.

Segundo Huang (2014) como muitos países, a China enfrenta uma falta premente de profissionais de saúde. O enorme aumento da cobertura de seguro

rural elevou a demanda, mas os baixos salários dos médicos rurais, as opções limitadas de carreira e a falta de instalações de pesquisa fizeram com que haja muito poucos médicos no campo. Isso causou enormes disparidades nos serviços em comparação com a Costa Leste afluyente. Em geral, o programa de reforma ocasionou um aumento no uso de leitos hospitalares, de 36 para 88% entre 2003 e 2011. O governo estabeleceu a ambição de treinar aproximadamente 300 mil médicos de atenção primária entre 2010 e 2020. Capacitar nos padrões corretos uma quantidade tão grande de pessoas será extremamente difícil. A China precisará modernizar sua abordagem para a concepção de vias de atendimento, desenvolvimento da força de trabalho e alocação de tarefas entre diferentes tipos de clínicos, especialmente enfermeiros, que são subvalorizados.

O país tem um longo caminho a percorrer na utilização de vias clínicas para aumentar a eficiência e a qualidade. A maioria dos hospitais secundários e terciários só começou a usá-las nos últimos anos. A próxima etapa será expandir seu uso para pacientes com comorbidades e combiná-las com sistemas de informações hospitalares e avaliação de desempenho. Atualmente, praticamente não há monitoramento independente dos resultados da saúde.

A China anunciou, em agosto de 2014, que hospitais totalmente financiados com fundos estrangeiros foram planejados em sete cidades e províncias. Essa é uma mudança política potencialmente importante porque, anteriormente, os investidores estrangeiros interessados no setor hospitalar tinham que estabelecer *joint ventures* com empresas chinesas. No entanto, o envolvimento de várias agencias governamentais na regulamentação de cuidados de saúde e investimentos no exterior significa que existe uma incerteza considerável sobre exatamente como essa nova abordagem poderia funcionar.

4.1.3.4 Centenas de milhões de idosos.

Segundo as Nações Unidas, um terço da população da China terá mais de 60 anos até 2050, mais que o dobro dos atuais 178 milhões.

De acordo com Liu (2015) uma das principais razões para o rápido envelhecimento da população é a norma de filho único. Isso faz com que uma criança acabe tendo que sustentar dois pais, além dos avós. Alguma atenuação está

sendo introduzida na política de filho único, mas é improvável que tenha um impacto significativo nas taxas de fertilidade.

Além das questões humanas, e enorme e crescente proporção de idosos representa um desafio econômico difícil. Para lidar com essa situação, o governo tem se concentrado cada vez mais na prevenção de doenças crônicas e na extensão dos cuidados de longo prazo. As iniciativas incluem o aumento da provisão de serviços comunitários de saúde, a criação de novos centros de atenção primária e a melhoria do treinamento de pessoal de saúde, especialmente nas áreas mais pobres do país, como o Tibete e a província de Xinjiang. Outras medidas tomadas pelo governo para promover o cuidado de longo prazo incluem aplicação de multas às crianças que não cuidarem dos pais – uma medida incompatível com uma maior mobilidade de trabalho – e a permissão para companhias de seguros investirem em moradias para pessoas da terceira idade.

Para World bank statistics (2013) a expectativa média de vida aumentou de 68 anos em 1990 para 75,4 anos em 2013, e a mortalidade infantil caiu, no mesmo período, quase 80% (de 50 para 11 por 1.000 nascidos vivos). A principal causa de morte na China é o câncer, que em 2011 foi responsável por cerca de 28% das mortes. O câncer de pulmão é o mais frequente dos cânceres letais, o que não é surpreendente para um país com cerca de 300 milhões de fumantes que consomem cerca de um terço do tabaco do mundo.

De acordo com World Health Organization Pacific Region (2010) doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e respiratórias são outras das principais causas de mortalidade: no total, a OMS estima que 1 milhão de chineses morrem a cada ano como resultado de doenças relacionadas ao tabaco. Os níveis terríveis de poluição em muitas cidades estão exacerbando muitas doenças graves. A demanda por assistência médica e apoio continua a crescer, com a proliferação de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, à medida que estilos de vida mudam e a população envelhece.

Segundo Jia (2005) a medicina tradicional chinesa continua a desempenhar um papel importante no sistema de saúde da China, já que, de acordo com algumas fontes, representa até 40% dos cuidados de saúde fornecidos. Clínicos gerais com qualificação dupla são comuns.

Para Xu (2009) o governo adota uma abordagem de apoio à medicina tradicional, investindo em pesquisa e promoção, mas há dúvidas se o seu papel

aumentará ou diminuirá, à medida que os cuidados primários ocidentais se tornarem mais disponíveis e acessíveis.

Para finalizar Britnell (2015), a China tem o dinheiro e a motivação para expandir a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde, mas terá de pensar mais em desenvolver e sua capacidade de liderança e o potencial dos cuidados de saúde, se não quiser perder tempo, esforço e recursos. A base para o impressionante crescimento econômico da China tem sido o comércio internacional e uma abordagem aberta às ideias globais. Essas forças terão agora que ser aplicadas ao sistema nacional de saúde para que o governo seja mantido.

4.1.4 Hong Kong – Demografia, democracia e destino.

Segundo dados do World bank statistics (2013) para o observador externo, o sistema de saúde de Hong Kong é possivelmente um dos mais eficientes do mundo. A Região Administrativa Especial da China apresenta uma das maiores expectativas de vida do mundo (80 anos para homens e 86 para mulheres), ao passo que cerca de 6% do Produto Interno Bruto (PIB) são destinados à saúde.

De acordo com Economic Intelligence Unit (2014), no entanto, uma análise mais profunda revele que o sistema de saúde para uma população de 7,1 milhões de pessoas deverá enfrentar grandes desafios nos próximos anos, e reformas importantes estão sendo realizadas. Uma combinação inflamada de pressões demográficas e democráticas poderia reformular o destino do sistema de saúde de Hong Kong na próxima década.

4.1.4.1 Eficiente, porém caro.

Para Food and Health Bureau (2008, p.121) Hong Kong tem um sistema de saúde bidirecional. Cerca de 90% dos cuidados primários agudos e 30% dos cuidados primários básicos são fornecidos pelo sistema público, e o restante pelo privado. Embora a esmagadora maioria seja fornecida pelo sistema público, os gastos são divididos igualmente entre os dois, isso faz com que o sistema público seja provavelmente o mais eficiente do mundo, enquanto o setor privado é relativamente caro.

Segundo Leung (347, pdf) sob o sistema público de saúde as clínicas públicas e os hospitais oferecem tratamento gratuito (com participações bastante reduzidas) a qualquer pessoa que tenha carteira de identidade de Honk Kong e as crianças residentes, com menos de 11 anos de idade. Existem taxas para alguns serviços e medicamentos. A maioria dos serviços primários é supervisionada pelo Departamento de Saúde, ao passo que a Autoridade Hospitalar de Hong Kong é um órgão estatutário e independente, responsável por todos os serviços hospitalares públicos e parte dos cuidados primários comunitários. Administra cerca de 41 hospitais públicos, 122 clínicas especializadas e gerais, e emprega mais de 60 mil pessoas.

Fundada em 1991, a Autoridade Hospitalar tem fornecido os melhores cuidados e melhores hospitais, o que é particularmente impressionante, dado o legado que recebeu. No início da década de 1990, a maior parte dos gastos em saúde era do setor privado, mas o enorme apoio do governo desde então faz com que o setor público agora responda por mais da metade de todos os gastos. Entre 2007 e 2011 os gastos públicos em saúde aumentaram em 30% em termos reais.

O gasto público de Hong Kong é baixo, então a saúde responde por uma elevada parcela. O governo estimou que os cuidados de saúde deverão representar cerca de 17% dos gastos públicos em 2014-2015, a maior área individual de despesas. O governo classificou os serviços médicos como sendo uma das seis áreas de crescimento em que Hong Kong desfruta de uma posição de vantagem sobre os países vizinhos. As iniciativas para ajudar o setor incluem a construção de novos hospitais públicos, a modernização dos já existentes, a melhoria da formação clínica e a promoção da medicina tradicional chinesa.

Dados do Hong Kong Hospital Authority (2009) a autoridade hospitalar só elaborou seu primeiro plano estratégico em 2009 e este resultou em aumento nos gastos com serviços clínicos, pessoal e instalações, e abriu caminho para investimentos significativos de capital. Sua missão declarada é “Pessoas saudáveis, equipe feliz e confiança da comunidade”. Depara-se continuamente com o fulgor da mídia, e é tida como um “termômetro” para o desenvolvimento de Hong Kong, portanto, o que ela faz e como é percebida é importante para pessoas e políticos locais e na China continental.

Segundo o Department of Census and statistics (2012, p. 07) as pressões estão sendo sentidas em todo o sistema de saúde. Embora se espere que a

população cresça em cerca de 5%, para chegar a 7,6 milhões de pessoas entre 2014 e 2021, o aumento de idosos é o que está impulsionando a demanda por atendimento hospitalar. A proporção de pessoas com mais de 65 anos deverá passar de 14% em 2013 para 18% em 2018, e a prevalência de condições de longo prazo deverá aumentar em quase um terço durante este período. Embora o percentual absoluto de pessoas com mais de 65 anos de idade seja modesto, de acordo com os padrões ocidentais, a autoridade hospitalar relata que os idosos representam mais da metade de todas as diárias de leitos hospitalares, e aponta que o custo médio do tratamento para um paciente idoso é 57% maior que o de paciente não considerado idoso.

As principais causas de morte hoje são semelhantes às do Ocidente: câncer, doenças cardíacas e respiratórias. Além disso, a posição de Hong Kong, como centro mundial de viagens e comércio, aumentar o risco de doenças transmissíveis de outros países, especialmente da China, que podem impor graves tensões ao sistema de saúde. Os surtos recentes incluem síndrome respiratória aguda grave (SARS) e a gripe aviária, assim como a gripe suína. A autoridade hospitalar respondeu bem a esses desafios no passado e permanece alerta a futuras pandemias.

De acordo com o Economic Intelligence Unit (2014, p. 10) outra pressão enfrentada pela autoridade hospitalar tem sido nos serviços de maternidade, já que mães da China continental atravessa a fronteira para dar à luz, a fim de garantir nacionalidade de Hong Kong para seus filhos. Em 2011, quase metade de todos os recém-nascidos em Hong Kong foi de mães da China continental, o que é motivo de grande preocupação local. O governo banuiu efetivamente essa forma de turismo interno de saúde, privando os hospitais particulares de uma lucrativa fonte de renda e, ao mesmo tempo, poupando ao sistema público um custo pelo qual não vinha sendo reembolsado.

Para o South China Morning Post (2014) os tempos de espera são um grande problema. No atendimento ambulatorial de rotina e no atendimento eletivo no setor público esse tempo de espera está aumentando. A espera média para uma cirurgia de catarata é de cerca de 22 meses, e muitos meses de espera não são incomuns para os serviços de ginecologia. Em geral, milhares de pacientes enfrentam prazos que chegam a anos.

4.1.4.2 Excluindo equipes estrangeiras.

Dados do Economic Intelligence Unit (2014, p. 10) todo esse incremento de demanda está pressionando as instalações e equipe. A escassez de médicos e enfermeiros, amplamente reconhecida, vem sendo agravada por aposentadorias. Hong Kong tem cerca de 1,7 médicos por 1.000 habitantes, menos da metade do que têm os alemães e ainda menos do que o Japão, um país poucos funcionários. O problema foi intensificado por barreiras quase intransponíveis à entrada de médicos estrangeiros: atualmente, apenas onze médicos estrangeiros qualificados trabalham no sistema hospitalar público.

De acordo com Tsang (2014) para proteger o poder dos próprios médicos do país, o Conselho de Medicina exige que os médicos estrangeiros, que desejarem obter um registro permanente, devem passar por um exame de três etapas e realizar um estágio de doze meses. Essa tentativa flagrante de exclusão de profissionais estrangeiros deve certamente mudar. Sendo um centro econômico global, Hong Kong se sente feliz em ver um fluxo financeiro global e a reciprocidade para isso deverá ser o aumento de pessoal médico no futuro.

Espera-se também que os novos modelos de cuidados gerem mais demanda de profissionais de saúde aliados. Os planos de Hong Kong para ampliar o número de médicos, enfermeiros e terapeutas em treinamento levarão tempo, enquanto que a batalha por uma equipe bem qualificada e treinada em toda a Ásia se intensificará na próxima década.

Segundo o China Daily (2009) a medicina tradicional continua a ocupar um lugar importante no sistema de saúde, com mais de 6 mil médicos chineses registrados – quase metade do número médicos.

Para o Department of Health (2014) os tratamentos incluem acupuntura e medicamentos fitoterápicos. Cerca de um quinto das consultas médicas são realizadas por profissionais de medicina tradicional chinesa e eles representam a principal alternativa aos cuidados primários de estilo ocidental.

O Hong Kong Hospital Authority (2013) como em outras partes do mundo, os pacientes esperam mais dos serviços. Embora cerca de 80% dos pacientes públicos classifiquem seus cuidados como “excelentes, muito bons ou bons”, há preocupações sobre a qualidade dos cuidados, a comunicação, os processos de alta

e os cuidados domiciliares. Pacientes ao qual o sistema está apenas começando a se adaptar.

4.1.4.3 A estratégia da Autoridade Hospitalar

Para o Hong Kong Hospital Authority (2012) a estratégia da autoridade hospitalar para o período 2012-2017, denominada Consolidação da Saúde, foi desenvolvida após amplas consultas e concentra-se em quatro áreas: melhoria da disponibilidade de pessoal clínico; melhoria da qualidade e segurança; maximização da eficiência; e melhoria da governança corporativa e da gestão de riscos.

A estratégia é um trabalho sólido que captura as principais tendências, mas é leve em sua implementação e precisa de mais ênfase em novos modelos de atendimento. A concentração inicial na construção de hospitais públicos foi o curso correto de ação há vinte anos, mas muitas das doenças que Hong Kong enfrenta hoje podem ser tratadas em diferentes ambientes, como outros países estão demonstrando. De certa forma, é difícil pedir à autoridade hospitalar que mude a sua abordagem, mas ela terá que se concentrar no desenvolvimento de cuidados comunitários, atenção primária e assistência domiciliar, tudo facilitando e acelerado pelo E-saúde.

Para o Food and Health Bureau (2011, p. 121) a autoridade hospitalar já desenvolveu alguns sistemas de informação excelentes, como o HARPIE, que fornece aos pacientes atendimento assistido por enfermeiros, uma vez que tenham recebido alta. Essa tecnologia poderia aliviar algumas pressões da força de trabalho, redefinindo as funções tradicionais da equipe. O desenvolvimento, pelo governo, de uma plataforma de intercâmbio de registros eletrônicos de saúde promoverá a colaboração entre prestadores privados e públicos, assim como serviços de atenção primária e aguda.

A fraqueza dos cuidados primários ameaça inundar os serviços hospitalares durante a próxima década. A estratégia corre o risco de ser superada por pura pressão demográfica e pela crescente democratização das expectativas. Atualmente, o governo fornece cerca de 90% do total de diárias de leitos hospitalares. Muitos acreditam que é insustentável deixar para os hospitais privados o atendimento de apenas 10% das diárias de hospitalização.

4.1.4.4 A motivação para o seguro privado

Para o Food and Health Bureau (2011, p. 121) em resposta às pressões sobre os cuidados de saúde, o governo tem preparado o lançamento do Plano de Seguro de Saúde Voluntário, que encorajaria às pessoas a usar o seguro privado para complementar a prestação estatal de serviço de saúde. O papel do governo seria regular os planos oferecidos pelo sistema, promovendo transparência, padronização e acesso. Portanto, como no caso dos cuidados de saúde na China, as reformas parecem estar preparadas para encorajar uma maior utilização do seguro de saúde e a prestação de serviços privados.

A ideia baseia-se vagamente no plano local de poupança para aposentadoria, o Fundo de Previdência Obrigatório. Embora existam preocupações legítimas de que o sistema possa representar um afastamento dos serviços gratuitos de saúde, a introdução de novas ofertas de seguros poderia de certa forma restaurar o equilíbrio entre a prestação de serviços públicos e privados. O prêmio médio deve ser de cerca de HK\$ 4.000 (US\$ 515) por ano, o que colocaria os prêmios entre os mais altos do mundo. Portanto, o desafio será motivar as pessoas que atualmente recebem cuidados “gratuitos” a contratar um seguro de saúde caro. O governo reservou 50 bilhões de dólares de Hong Kong (US\$ 6,4 bilhões) para facilitar a transição para o novo sistema, subsidiando custos. O fato de ter um dos sistemas mais eficientes e caros do mundo dificulta o reequilíbrio da oferta de serviços de saúde, entre os setores público e privado. É difícil ver como essa reforma funcionará sem que sejam feitas mais consultas, investimentos e deliberações.

Um programa piloto, que fornece vales para encorajar pacientes com mais de setenta anos a usar centros privados de cuidados primários, está sendo implantado em Hong Kong. O valor anual dos vales é de cerca de US\$ 260 por pessoa, o dobro do valor usado no piloto.

Britnell (2015, p. 35) conclui que o seguro voluntário e vales podem aumentar o papel do setor privado no sistema de saúde de Hong Kong, mas ainda é cedo para saber, e o impacto provavelmente não será suficiente. Além do mais, isso não bastará para superar os problemas críticos de falta de pessoal, o aumento das listas de espera e a elevação das expectativas da população. Há uma necessidade urgente de desenvolver novos modelos de atendimento e afastar os serviços dos

hospitais, para que esse grande sistema de saúde e essa cidade-estado maravilhosamente vibrante permaneçam na vanguarda.

4.1.5 Malásia – Reforma em breve?

Qualquer pessoa que tenha desfrutado do magnífico visual do alto das Torres Petronas, de 88 andares, em Kuala Lumpur, terá uma boa ideia de ambição e do desejo da Malásia de se tornar uma grande potência econômica da Ásia e no mundo. A história da construção do edifício é um testemunho da ambição do governo, que foi liberado pela United Malays National Organisation (UMNO) desde que se tornou independente da Grã-Bretanha, em 1957. O governo queria que a construção fosse concluída em seis anos, então estimulou a concorrência ao conceder contratos a duas empresas: a torre oeste para uma empresa japonesa e a torre leste para um consórcio sul-coreano liderado pela Samsung, que acabou vencendo a corrida para chegar ao topo. A Malásia precisa adotar uma abordagem igualmente ousada na área da saúde.

Para o Ministry of Health (2009) a reforma da saúde vem sendo debatida nos últimos 30 anos e, de novo, seriamente considerada na publicação do governo programa de saúde para Malásia, em 2009, que promoveu o conceito de Programa, como sendo um sistema de saúde nacional abrangente e universal para os 30 milhões de cidadãos da Malásia, apoiado pelo “espírito de solidariedade e equidade”. Isso substituiria o sistema atual da Malásia, que opera em dois níveis, e fornece apenas cuidados básicos para a população em geral, enquanto o setor privado próspero atende indivíduos e corporações que podem pagar por serviços diferenciados. Argumenta-se que o desenvolvimento de um novo sistema nacional de saúde fortaleceria a unidade nacional e apoiaria a ambição da Malásia de deixar de ser um país de renda média-baixa para passar a ser uma nação de renda média-alta, por meio de desenvolvimento de infraestrutura melhorada e de uma força de trabalho qualificada.

Segundo o World Bank Statistics (2013) houve um processo rápido na situação da saúde da Malásia a partir de sua independência. A expectativa de vida ao nascer aumentou de 59 anos em 1957 para 75 anos em 2013, ao passo que a mortalidade infantil caiu de aproximadamente de 75 para 7, por mil nascidos vivos, durante o mesmo período. A Malásia gasta 4% do seu Produto Interno Bruto (PIB)

em saúde. Em 2005, os gastos com saúde pública superaram os gastos privados pela primeira vez, embora os gastos privados devam começar a recuperação, como resultado da disponibilidade crescente de renda de uma classe média em ascensão. Mais de três quartos dessas despesas privadas são desembolsos diretos, pois a adoção de planos de saúde continua baixa, embora haja sinais de que as empresas e os planos de seguros estejam crescendo.

De acordo com o Interview with the President of private Hospitals Association of Malaysia o governo subsidia a saúde pública, que é largamente gratuita no ponto de entrega ou fornecida a baixo custo, mas a provisão é redirecionada para as áreas urbanas, e as instalações públicas estão sujeitas a pressões constantes devido à demanda elevada. Em 2011, havia um médico para cada 400 pessoas em Kuala Lumpur, mas apenas um para cada 3 mil pessoas nas áreas rurais de Bornéu. Os hospitais públicos geralmente estão superlotados e o tempo de espera por tratamento pode ser longo, encorajando aqueles que podem pagar e recorrer ao setor privado. O controle administrativo dos serviços de saúde do governo é altamente centralizado, com o Ministério da Saúde mantendo um controle rígido sobre o sistema público – um resquício do National Health System (NHS britânico dos anos 1950, no qual o sistema da Malásia originalmente se baseou.

4.1.5.1 A mais longa gestação de política de saúde na história?

Segundo o Ministry of Health Malaysia (2009) o governo sabe que esse sistema de retalhos é insustentável, mas não conseguiu construir uma lógica clara e um consenso para a mudança. O programa de reforma teve um dos mais longos períodos de gestação que já vi, com o documento de 2009. O programa de saúde para Malásia, ainda sendo a norma do governo, mas sem detalhamento suficiente ou disposição para realizá-lo. O documento em si expõe essa inércia, afirmando que “os esforços para estudar a sustentabilidade e a eventual introdução de um programa de financiamento adequado, para substituir o atual, começaram na década de 1980, mas até o momento não levaram a uma ação substancial. Várias razões podem ter contribuído para essa inércia, como a ocasião oportuna, a vontade política e a disposição do governo, a aceitação das pessoas e a capacidade de infraestrutura para acomodar a mudança.

De acordo com Rasiah (467-86) as reformas propostas pelo programa incluem o lançamento de um sistema único de seguro social de saúde, que reuniria o acesso a provedores governamentais privados. O financiamento para o seguro de saúde seria dividido em partes iguais, entre tributação geral e as cotizações de empreendedores e empregados, perfazendo cerca de 62% do gasto total com saúde, sendo o restante proveniente de gastos privados (23%) e programas públicos de saúde financiados pelo governo (15%). Esses fundos seriam administrados por uma entidade externa pagadora, sem fins lucrativos: a Autoridade Nacional de Financiamento da Saúde. O Ministério da Saúde renunciaria ao controle direto dos fornecedores do governo e passaria para uma função de gerenciamento e regulamentação do mercado. Um sistema de cuidados primários capitalizados seria introduzido, e pagamentos com base em valor seriam implementados para outros provedores a fim de encorajar a melhoria da qualidade.

Em discussão com o (agora antigo) Ministro da Saúde e seus funcionários, ficou claro para mim que o governo pretendia realizar consultas sobre suas propostas o mais amplamente possível. Essa abordagem de “grande tenda” é, em parte, uma tática política para negar munição à oposição e, em parte, uma maneira de encorajar prestadores de serviços do setor privado, médicos e outras partes interessadas a ver a cobertura universal como uma oportunidade e não como ameaça. Anos depois, no entanto, a classe médica continua dividida. A oposição do lado do financiamento não mudou, e o antes conservador prazo de 2020 para que o novo sistema entrasse em operação, parece ser uma aspiração cada vez mais ambiciosa.

Por trás de muitas preocupações com o programa, encontra-se reservas mais profundas sobre a transparência do governo e sua capacidade de gerenciar mudanças e desenvolver sistemas que utilizem o dinheiro público de maneira eficaz. Permeadas no documento estão as questões de legitimidade e confiança. Ocorrências de corrupção enfraqueceram a crença de que qualquer novo fundo nacional de seguro social de saúde seria administrado de maneira justa, transparente e eficiente. Além disso, a determinação da Malásia de avançar com o crescimento econômico e a reforma significa que alguns políticos temem que um aumento nas contribuições dos cidadãos (para financiar parcialmente o seguro nacional de saúde) reduziria o consumo, ao passo que um aumento nas contribuições dos empregadores reduziria o investimento. A falta de modelos

econômicos independentes, apoiando propostas, significa que ainda não foram bem estabelecidos os argumentos a favor de um sistema de saúde próspero que impulse o crescimento.

4.1.5.2 O sistema privado de saúde.

Para Malaysia Healthcare Travel Council (2014) a Malásia orgulha-se do seu mercado misto de saúde e do seu setor privado competitivo, tendo identificado o turismo médico como uma área-chave para o crescimento. O número de pacientes internacionais dobou em 2007 e 2013 e, atualmente, é de cerca de 1 milhão de estrangeiros, que visitam mais de duzentos hospitais privados por ano. Para incentivar o turismo médico, o governo criou o Conselho de Turismo Médico para promover hospitais privados no exterior. Isenções fiscais foram introduzidas para hospitais que realizam programas de turismo médico e outros incentivos foram oferecidos para ajudar os hospitais a expandir suas instalações. Muitos deles estão localizados em resorts de praia de alto nível.

Porém, os impostos também estão tendo um impacto menos positivo no custo dos cuidados médicos privados na Malásia. A implementação, em 2015, do Imposto Sobre Bens e Serviços recairá, provavelmente, sobre os médicos privados, apesar de afirmações em contrário. O impacto pode ser considerável, já que até cerca de 70% das contas médicas de pacientes de hospitais privados são compostas por honorários médicos.

Recentemente, empresas de seguro de saúde de Cingapura permitiram o tratamento de seus segurados na Malásia, reduzindo drasticamente o preço de Cingapura e ao mesmo tempo impulsionando o investimento doméstico da Malásia. Cingapura, Indonésia, Japão e China formam a base de pacientes internacionais da Malásia, mas o país também atende ao Oriente Médio e, cada vez mais, a América do Norte e a Europa.

Com o crescimento do setor privado nacional, a prestação de serviços de saúde também ficou mais internacionalizado. Embora os cuidados de saúde sempre refletirão as fronteiras nacionais, as culturas e os sistemas políticos, existe agora uma tendência para alguns operadores asiáticos, do estabelecimento de redes hospitalares em múltiplos territórios. O HCA, nos Estados Unidos, é conhecido como o maior grupo hospitalar privado do mundo, mas o recente lançamento da empresa

malaia IHH Healthcare no mercado de ações, com grande sucesso, sinaliza uma nova fase de desenvolvimento que vem do Oriente. A IHH opera hospitais, centros médicos, e clínicas na Malásia, Cingapura, China, Índia, Hong Kong, Vietnã, Macedônia, Brunei e Turquia, e tem planos ambiciosos de atender, em toda a Ásia, as aspirações de classe média. Em conversa que tive com a alta administração do grupo IHH, ficou evidente que eles querem estabelecer novos padrões nos modelos de operação, qualidade, tecnologia da informação e atendimento ao consumidor.

Como muitos países da região, os serviços de saúde pública da Malásia carecem de pessoal. O forte crescimento do setor privado contribui para a criação de um fluxo constante de pessoal experiente saindo dos hospitais públicos, com uma tendência de deixar o setor privado com uma parcela desproporcional de especialistas. O corpo médico da Malásia também está migrando para países como Cingapura.

4.1.5.3 Conflitos de interesse.

Segundo Chee-Khoon (2014) um fator que complica o sistema de saúde da Malásia é que as agências governamentais adquiriram recentemente grandes ações de empresas de saúde. O governo estadual de Johor, por exemplo, tem participação significativa em uma grande rede de hospitais privados, ao passo que o fundo soberano do governo federal (khazanah) tem participação em outro grande fornecedor. Empresas ligadas ao governo agora respondem por mais de um terço dos leitos hospitalares privados. Isso cria conflitos de interesses, com o Estado atuando como financiador e regulador do setor público, e agora como investidor, em um segmento com fins lucrativos.

Para o Economist Intelligence Unit (2014) a Malásia tem uma população jovem, estima que cerca de metade da população tinha menos de 25 anos em 2010. No entanto, a proporção de pessoas com mais de 65 anos está aumentando e, com isso, a incidência de doenças prolongadas, como hipertensão e diabetes (que aumentaram 43% e 88%), respectivamente, entre 2002 e 2012). A EIU observa ainda que, nos quinze anos anteriores a 2011, a porcentagem da população com excesso de peso ou obesidade triplicou, passando de 5 para 15%. Com um clima tropical, a Malásia sofre de dengue e malária, doenças transmitidas por mosquitos. Nas áreas rurais, o treinamento de voluntários para auxiliar na vigilância da malária,

nos programas de prevenção na comunidade e na prestação de cuidados primários básicos tem contribuído para uma redução significativa nas infecções pela doença.

Britnell (2015) conclui que enquanto a Malásia posterga as reformas de saúde necessárias, o setor privado continua a investir no país e no exterior. Um plano caro e patrocinado pelo governo para o desenvolvimento do sistema de saúde durante a próxima década, daria continuidade à impressionante história de melhoria da saúde do país a longo prazo, e ajudaria todas as partes interessadas e cidadãos a ter uma vida mais saudável e feliz.

4.1.6 Cingapura – Riqueza e saúde.

Para o World Bank Statistics (2014) durante séculos, Cingapura ocupou uma posição estrategicamente importante no comércio asiático e mundial. Este pequeno país, com uma população de pouco mais de cinco milhões de habitantes e sem recursos naturais substanciais, tornou-se um importante protagonista nos assuntos políticos, sociais e econômicos de toda a região. Sua determinação em negociar com outros países e, abertamente, aprender, adotar e adaptar-se aumentou seu padrão de vida de forma drástica, a partir de sua independência em 1965. Cingapura tem uma das maiores proporções de milionários do mundo e seu Produto Interno Bruto (PIB) per capita é superior a US\$ 56.000.

O crescimento econômico gerado por muitas das economias da Ásia nas últimas décadas tirou milhões de pessoas da pobreza e as transformou em uma nova classe média, que exige mais e melhores serviços de seus governos. Cidadãos cada vez mais ricos querem pensões públicas, segura de saúde nacional, subsídios de desemprego e outras prerrogativas de proteção social. Quer seja a elite dominante na China ou o People's Action Party (PAP) em Cingapura, os políticos da Ásia percebem que devem realizar reformas sociais e ampliar os benefícios ou sofrer a perda de apoio a até mesmo a desordem civil.

No entanto, também percebem que seria um erro fazer promessas sem cobertura financeira, a serem pagas por gerações futuras, e têm pouco desejo de substituir as tradições asiáticas de trabalho duro e prudência por uma cultura dependente da assistência social. Enquanto o Ocidente se orgulha das conquistas do estado de bem-estar de Bismarck e Beveridge nos séculos XIX e XX, países

como Cingapura buscam para o século XXI um equilíbrio mais acessível entre direitos individuais e responsabilidade social.

Para o World Bank Statistics (2013) Cingapura tem um dos melhores sistemas de saúde do mundo e uma das maiores expectativas de vida, que é de 82,3 anos. A mortalidade infantil é de apenas 2,7 por 1.000 nascidos vivos. Surpreendentemente, o país gasta apenas 4,6% do seu PIB em saúde – quase inalterado desde a independência – enquanto se promove como um centro de primeira classe para cuidados de saúde, pesquisa clínica e indústrias biomédicas e das ciências da vida.

Para o World Bank Statistics (2012) durante a criação do país, políticos e funcionários de Cingapura, examinaram os sistemas de saúde e bem-estar ao redor do mundo e puderam criar um com base em uma combinação de responsabilidade pessoal e solidariedade social. Como resultado, Cingapura oferece assistência médica universal, mas o sistema de financiamento misto do país exige que os pacientes paguem uma parte substancial do custo. Atualmente, apenas um terço do gasto total em saúde é proveniente do estado.

4.1.6.1 3 Ms.

De acordo com o Ministry of Health (2012) existem três esquemas de financiamento operados pelo governo, conhecidos como os 3Ms: Medisave, MediShield e Medifund. Medisave é um plano de poupança simples que permite aos cidadãos poupar dinheiro para suas despesas de saúde e as de suas famílias. MediShield é um plano de seguro de baixo custo. Os prêmios podem ser pagos com contas do Medisave porque se pretende que os pacientes possam comprar essa cobertura adicional caso seus fundos da Medisave sejam suficientes. Medifund é uma rede segurança para aqueles que não podem pagar sua parcela das despesas de saúde subsidiadas. No entanto, uma característica marcante do sistema é que há pouco compartilhamento de riscos. Isso pode fazer com que indivíduos que contraiam doenças graves tenham que enfrentar custos catastróficos. Cingapura tem alto nível de desigualdade de renda e a ênfase predominante no pagamento pessoal de despesas médicas intensifica essa lacuna. Alguns questionaram se o sistema 3M realmente oferece assistência médica universal. Essa tem sido a realidade

preocupante, por trás do impressionante desempenho geral do sistema de saúde do país.

No entanto, deverá ocorrer alguma melhoria com a substituição do MediShield por um novo plano, o MedShield Life, aprovado pelo Parlamento em janeiro de 2015. É um aprimoramento significativo em relação ao plano existente, proporcionando melhor proteção contra contas hospitalares altas e tratamentos crônicos caros. Os limites dos pedidos de reembolso estão sendo elevados, enquanto as taxas de cosseguro (em que o segurado assume uma porcentagem fixa dos custos cobertos, após o pagamento da franquia) estão sendo reduzidas de 10-20% para 3-10%. Sob o novo sistema, o limite de solicitações de reembolso vitalício é eliminado e o limite anual de solicitações é aumentado; os limites diários também são aumentados para internações hospitalares, bem como aumento dos limites para tratamentos cirúrgicos ambulatoriais e câncer. Os prêmios aumentarão, mas os subsídios deverão ajudar muitos cingapurenses nos próximos anos.

As enfermarias dos hospitais são classificadas de acordo com as suas instalações: quanto maior o subsídio do estado, menor o grau de instalações. Segundo dados do governo, cerca de três quartos das internações são em hospitais públicos, enquanto apenas 20% dos cuidados de saúde primários são fornecidos pelo setor público.

4.1.6.2 Choque eleitoral

Segundo o Economist Intelligence Unit (2014) Cingapura tem uma capacidade de planejar o futuro, porém precisa fazer mais. O governo está ciente de que o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas de estilo ocidental significam que seu baixo gasto do PIB com a saúde não pode continuar. Nas eleições de 2011, o PAP ficou chocado ao receber a menor parcela de votos desde a independência. Percebeu que precisava se aproximar das esperanças e dos receios dos cidadãos. Embora a imigração tenha sido uma questão-chave para a eleição, a saúde também se destacou, e isso levou o Ministério da Saúde a fazer uma série de comunicados. O plano diretor Healthcare 2020 tem três objetivos estratégicos: melhorar a acessibilidade, melhorar a qualidade e garantir a acessibilidade dos serviços de saúde aos cingapurenses.

Os gastos do governo com saúde começam a subir acentuadamente. Foi previsto um aumento de 22% entre 2013/14 e 2014/15 (de SG\$ 5,8 bilhões para SG\$ 7,1 bilhões). Estes aumentos irão expandir a capacidade e a infraestrutura, bem como melhorar os salários, a fim de lidar com uma crise iminente da força de trabalho. Hospitais gerais e hospitais comunitários estão sendo construídos, além de instalações adicionais de cuidados primários. Centros especializados de excelência para o tratamento de doenças cardíacas, doenças oftalmológicas e câncer, entre outras doenças, estão sendo construídos próximos aos hospitais gerais para melhor integração e acessibilidade. Está previsto, até 2020, um aumento de 30% nos leitos hospitalares públicos, enquanto os leitos hospitalares comunitários dobrarão, assim como os serviços de cuidados de longo prazo, asilos e os serviços de cuidados domiciliares e de reabilitação.

O treinamento e o desenvolvimento clínico serão ampliados, e uma terceira escola de Medicina – um empreendimento conjunto entre a Nanyang Technological University de Cingapura e o Imperial College, em Londres – começou a admitir alunos em 2013. Aumento salarial expressivo para médicos e outros profissionais de saúde fazem parte de um plano para recrutar mais de 20.000 profissionais de saúde até 2020. Isso poderia impulsionar os salários na área de saúde em toda a região.

De acordo com Wen (2013) a população de Cingapura está envelhecendo rapidamente. Estima-se que em 2030 20% da população terá mais de 65 anos. Para abordar os desafios enfrentados por muitos países asiáticos, que hoje lidam com populações em envelhecimento e queda nas taxas de fertilidade, Cingapura lançou o ElderShield, um plano de seguro para cobertura dos custos com casas de repouso privadas e outras despesas da população idosa. Lançado em 2002, já tem mais de 1 milhão de segurados, e o governo está determinado a melhorar o programa. Referindo-se à fundação do Estado, o governo engenhosamente justificou esse investimento descrevendo os *baby boomers* que agora atingem a velhice como a Geração Pioneira.

Para Haseline (2013, p. 131) a abordagem do sistema de saúde pelo governo de Cingapura tem sido frequentemente descrita como “dirigir em vez de remar”, e isso pode ser visto em seu modo de lidar com a prevenção. Estima-se que até 2020 cerca de 85% das pessoas com mais de 65 anos serão saudáveis e razoavelmente ativas, e o governo está determinadamente pressionando as pessoas a se

manterem em forma, com programas de triagem e estilo de vida salutar – incluindo programações de exercícios gratuitos no distrito empresarial central – juntamente com mais apoio comunitário.

Segundo Ministry Health Statistics (2012) é preciso uma abordagem igualmente robusta para manter as crianças próximas de seu peso ideal, com programas de apoio àquelas que estejam acima ou abaixo do peso. Apenas 14% da população são fumantes, uma das taxas mais baixas da Ásia.

Em 2009, o Ministério da Saúde criou a Agência de Atendimento Integrado para melhor interligar todos os setores de assistência. O objetivo foi dar resposta às preocupações de que, embora o governo tenha investido pesadamente em hospitais, as pessoas com doenças crônicas estão lutando para obter os cuidados corretos na comunidade, seja em sua própria casa ou em uma casa de repouso. Sistemas regionais de saúde (uma expressão estranha para uma cidade-estado) estão sendo estabelecidos para conectar hospitais gerais com centros comunitários de reabilitação, bem como cuidados primários e comunitários. No entanto, a estratégia de integração depende da colaboração de forças desiguais. Em parte, para demonstrar força nacional, Cingapura sempre investiu pesadamente em hospitais, que ficaram isolados de outros serviços. A equipe médica do hospital detém enorme poder, ao passo que equipes fragmentadas de médicos de família e médicos comunitários exercem um papel secundário, em um sistema que gira em torno do atendimento secundário e terciário. Isso está melhorando, porém, um ritmo mais acelerado precisa ser aplicado às reformas.

4.1.6.3 Explorando a tecnologia

De acordo com Khalik (2014) a integração será incentivada com um maior desenvolvimento do programa Registro Nacional Eletrônico de Saúde. Lançado em 2011, já é utilizado por mais de 280 instituições. A Telessaúde e a telemedicina estão sendo empregadas cada vez mais, por exemplo, para auxiliar na reabilitação do Acidente Vascular Cerebral (AVC) em casa, bem como permitir que oftalmologistas em hospitais realizem exames oftalmológicos virtuais de pacientes em policlínicas.

A indústria de Ciências Biomédicas de Cingapura e a pesquisa médica são de classe mundial, e suas pesquisas clínicas, ensaios e comercialização – todos

apoiados por forte proteção à propriedade intelectual e exigentes padrões do setor – continuam a se expandir. O apoio estatal é substancial. O Gabinete de Parceria para a Indústria de Ciência Biomédica, por exemplo, ajuda as empresas a unirem esforços com várias agências de Cingapura encarregadas do crescimento da saúde e da riqueza.

O governo está empenhado em promover Cingapura como um destino principal para o turismo médico, e o setor privado, bem desenvolvido, planeja expandir sua capacidade hospitalar para atender a um grande desafio afluxo de pacientes estrangeiros. Na tentativa de reduzir os tempos de espera do setor público, o governo planeja usar capacidade ociosa do setor privado. A partir de 2015, não críticos, de ambulâncias a custos semelhantes aos dos hospitais públicos.

Britnell (2015) conclui que Cingapura tem um plano para as suas reformas na saúde, a perseverança para levá-las adiante e os recursos para financiá-las. Mas as necessidades dos pacientes estão mudando: a população está envelhecendo rapidamente e o domínio do financiamento privado sobre o estatal significa que nem todos têm acesso aos cuidados de que necessitam. Ainda não está claro se o país está disposto a reformar seu sistema de saúde com a rapidez suficiente para manter o ritmo. Se o plano de fortalecer os cuidados primários e comunitários e de integrar o atendimento de forma mais eficaz funcionar, o governo precisará ser mais radical ao assumir os interesses adquiridos. Ficou claro para mim, ao conversar com a alta administração, que essa urgência é reconhecida, mas ainda não compreendida totalmente. A iniquidade da ênfase no financiamento pessoal também continua a ser uma preocupação, embora o desenvolvimento do MediShield Life seja um passo bem-vindo.

Cingapura poderia gastar muito dinheiro nos próximos anos, sustentando os modelos de saúde do século XX e elevando os salários a níveis que causam problemas em toda a região. Alternativamente, poderia traçar um futuro empolgante possibilitado pela tecnologia, e mudar para novos canais que aumentarão a invejável reputação de inovação e progresso deste país.

4.1.7 Indonésia – Maior pagador individual do mundo

Em 1992 quando Britnell (2015) conheceu pela primeira vez a impressionante beleza da Indonésia, até então considerada subdesenvolvida, Lombok e mais

algumas das então ilhas Gili. O arquipélago indonésio tem mais de 18 mil pequenas ilhas, das quais forma nomeadas menos da metade, e menos de 1.000 são permanentemente habitadas. É uma nação de muitos contrastes, não apenas geográficos, mas também entre riqueza e pobreza, e tem uma ambição quase inigualável por assistência médica.

Para o World Bank (2010-2015) em muitos aspectos, a Indonésia está em ascensão. O crescimento econômico é bom (entre 5,2% e 6,5% nos últimos cinco anos) e está começando a ocupar o seu lugar no cenário mundial como o quarto país mais populoso do mundo (250 milhões de pessoas) e a terceira maior democracia.

Segundo o do World Bank (2013) pode parecer incrível, mas para aqueles acostumados com o envelhecimento do Ocidente, 29% da população indonésia tem menos de 15 anos e apenas 5% têm 65 anos ou mais.

De acordo com o Economist Intelligence Unit (2014) esse perfil demográfico jovem apresenta desafios e oportunidades para o presidente Joko Widodo. Por exemplo, foi constatado que mais de um terço das crianças com menos de cinco anos de idade têm um crescimento atrofiado. Além de causar altos custos pessoais, como doenças crônicas e retardo no desenvolvimento cognitivo, o atraso no crescimento e a desnutrição enfraquecem a economia. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estima que o país pode estar perdendo entre 2% e 3% de seu crescimento anual, como resultado da baixa produtividade e do baixo desempenho de seu capital humano.

Dito isso, a Indonésia tornou-se uma espécie de exemplo para melhorar a prosperidade e, sem dúvida, é considerada uma das favoritas dos mercados emergentes, com mais de uma década de crescimento sustentado. Seu plano diretor – Aceleração e Expansão do Desenvolvimento Econômico Indonésio 2011-15 – requer políticas sustentáveis que favoreçam o crescimento, o emprego, os pobres e o meio ambiente. A ação é coordenada em todo o espectro de políticas, com investimentos em serviços financeiros, infraestrutura, educação, ecoturismo, desenvolvimento comunitário e saúde, entre outros. Tudo com o objetivo de criar um círculo virtuoso de melhoria e sustentabilidade autossuficiente. É a luz disso que as audaciosas aspirações da Indonésia por assistência médica universal devem ser vistas e aplaudidas.

4.1.7.1 Grandes ambições

Segundo o World Bank Statistics (2013) atualmente, a Indonésia gasta 3,1% do Produto Interno Bruto (PIB) em saúde e tem uma expectativa média de vida de 70,8 anos. Gasta menos em assistência médica do que seus vizinhos Tailândia, Vietnã e Filipinas, e seu sistema de saúde pública sofreu anos de subdesenvolvimento, embora a saúde fosse uma prioridade sob o governo de 10 anos, de Susilo Bambang Yudhoyono.

De acordo com o Economist Intelligence Unit (2014) em janeiro de 2014, o Jaminan Kesehatan Nasional (JKN, ou Seguro Nacional de Saúde) foi lançado com a intenção inequívoca de fornecer seguro de saúde universal até 2019. Isso faz com que seja o maior plano de seguro de saúde individual do mundo.

Segundo o EIU (2014) inicialmente focada na integração de uma série de planos existentes, principalmente para os pobres, a The Economist Intelligence Unit prevê que os gastos com saúde aumentarão em 12% ao ano, para um total de 46 milhões de dólares em 2018-19. Isso significa um aumento per capita de gastos com saúde, de US\$ 102 em 2014 para US\$ 177.

Para Das R. (2014) com novas adesões nos últimos meses, esses números podem aumentar ainda mais rapidamente. A escala e a abrangência do JKN são enormes: estima-se que cobrirá 122 milhões de pessoas (quase o dobro da população do Reino Unido) em seu primeiro ano. Em um gesto de otimismo do que está por vir, o governo duplicou o valor do orçamento e incorporou 86 milhões de pessoas de um dos programas existentes, o Jamkesmas. A afiliação ao novo sistema aumentará ainda mais à medida que os assalariados no setor formal contribuam com 5% de seus salários, e outros membros começam a pagar prêmios mensais. Espera-se que, ao expandir a cobertura, o conjunto de riscos seja forte o suficiente para apoiar o desenvolvimento.

Planos semelhantes foram considerados na vizinha Malásia, mas muitos empregadores estavam apreensivos quanto aos fundos serem mal utilizados ou que chegassem a comprometer a competitividade econômica. O governo indonésio está mais determinado, com um plano amplo e uma justificativa econômica sólida para fortalecer a assistência médica universal, argumentando que isso aumentará a produtividade e a competitividade. Assim, houve uma preocupação crescente de que

a ausência de um plano financeiro claro e de longo prazo para a saúde universal pudesse minar a confiança.

De acordo com Wirdana (2014) um dos arquitetos do novo plano, o professor Hasbullah Thabrany, da Universidade da Indonésia, acredita que o plano tem um momento. Disse ele: “O bom é que o programa JKN começou. Para usar uma metáfora de um carro – o motor deu partida, mas há vários problemas, porque o combustível não é adequado”. Estava se referindo ao financiamento: ele está preocupado com a quantia que o governo está pagando pelos serviços de saúde para os pobres, bem abaixo do custo de mercado, o que pode forçar os provedores a comprometer a qualidade ou não participar do programa.

Na minha experiência, o desenvolvimento de um sistema abrangente de seguro de saúde universal em apenas cinco anos é sem precedentes, mas o escopo total depende da amplitude e profundidade da cobertura. Alguns planos para outros países de renda baixa-média enfocam cuidados preventivos, primários e comunitários. Nesse sentido, a cobertura pode ser ampla, mas não profunda, e o acesso à assistência secundária e terciária é limitado. Não é de surpreender que a Indonésia tenha estudado cuidadosamente o desenvolvimento no México e no Brasil, onde essas abordagens foram aplicadas com considerável sucesso.

Para o World Bank (2012) na Indonésia, há problemas com o lado da oferta. A quantidade de leitos hospitalares é uma das mais baixas da Ásia, com 0,9 por 1.000 habitantes, havendo um elevado redirecionamento para cidades como Jacarta.

De acordo com OECD (2014) como reflexo disso, o número de médicos é de 0,3 por 1.000 e muitos exercem a profissão em vilas e municípios. Há incentivos para o trabalho médico nas áreas rurais, porém é preciso fazer mais para que os cuidados de saúde se estabeleçam em todas as localidades. Embora a proporção média nacional de leitos tenha dobrado nos últimos anos, em algumas regiões ela foi drasticamente reduzida devido a orçamentos apertados e a uma tentativa mal executada de descentralizar o poder para os distritos.

Segundo Wirdana (2014) alguns médicos reclamaram da carga de trabalho e das taxas de reembolso associadas à introdução do JKN. O Dr. Damroh, do Hospital Geral de Bekasi, em Jacarta, diz que desde que o JKN foi lançado, o número de pacientes que chegam a ele dobrou: “Agora, temos uma média de 1.000 pacientes por dia, e 800 deles são pacientes de JKN.

Para o Standard Chartered (2014) segundo alguns deles, essa proporção é exatamente o que é necessário para estimular o investimento. A empresa Standard Chartered, leviatã do setor de serviços financeiros, comenta: “Esperamos que a implantação do JKN impulse a demanda por serviços ambulatoriais e de internação em hospitais públicos e hospitais privados participantes, uma vez que o JKN cobrirá os custos de internação em grande escala, assim como despesas com especialistas. Estimamos que os globais de serviços hospitalares crescerão a uma taxa de 13 a 16% em 2013-23 (taxa de crescimento anual composta). A Standard Chartered calcula que os membros do JKN já tenham acesso a mais de 9 mil clínicas comunitárias e a 1.700 dos 2.300 hospitais da Indonésia.

De acordo com Chiong (2012) a crescente classe média da Indonésia está disponibilizando um mercado para serviços de saúde no exterior em países como Cingapura. Cerca de 1,5 milhão de indonésios estão atualmente viajando ao exterior para receber atendimento de saúde, o que custa ao país cerca de 1,4 bilhão de dólares por ano de perda da renda potencial para o setor privado próprio.

Para o World Bank (2012) a já enorme população da Indonésia continua a crescer em torno de 1,2%, ou seja, cerca de 3 milhões de pessoas a mais, a cada ano. Mesmo para um sistema de saúde já implantado, acompanhar esse crescimento populacional seria difícil. A necessidade de aumentar rapidamente o número de médicos, enfermeiras e parteiras está dificultando o controle dos padrões de educação médica e a qualidade do pessoal. Uma vez qualificada, a baixa remuneração do pessoal do setor público significa que os médicos geralmente administram clínicas privadas e também no setor público, o que faz com que o absenteísmo em clínicas públicas de cuidados primários cause preocupação.

O tamanho da Indonésia e o afastamento de muitas áreas são sérios impedimentos a um sistema universal de saúde. A distribuição de médicos, enfermeiros, parteiras, leitos, equipamentos e suprimentos médicos sempre será um grande desafio. O governo espera que os recursos da tecnologia, como as consultas on-line, ajudem, mas isso só pode ser uma solução parcial.

4.1.7.2 O fardo da doença

Para Indonesia Overview (2014) mais de 28 milhões de indonésios vivem abaixo da linha da pobreza e cerca de metade de todas as famílias ainda estão

agrupadas em torno dela, com pouco menos de US\$ 17 por mês. Doenças infecciosas, como a Malária, a dengue e a tuberculose, são um problema sério, especialmente em regiões orientais remotas. Em 2011, surtos de poliomielite e sarampo entre crianças levaram a um programa maciço de imunização.

Segundo EIU (2014, p. 12) a Indonésia, o Paquistão e as Filipinas são os únicos três países da Ásia com taxas crescentes de infecção por HIV/AIDS.

Para o World Health Organization (2013) a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 640 mil indonésios estão vivendo com HIV/AIDS, dos quais apenas 6% recebem medicamentos antirretrovirais. A educação pública é prejudicada por sensibilidades religiosas que dificultam o debate de questões como a homossexualidade ou casos extraconjugais.

Dados EIU (2013, p. 13) informa que a taxa de tabagismo é terrível: mais de dois terços dos homens indonésios fumam e 400 mil indonésios morrem a cada ano de doenças relacionadas ao tabagismo.

De acordo com Internacional Diabetes Federation (2013, p. 160) embora a desnutrição seja um problema maior que a obesidade, acredita-se que o diabetes esteja aumentando cerca de 6% ao ano. Se isso continuar, até 2030, quase 12 milhões de indonésios sofrerão da doença. Uma parcela significativa dos indonésios ainda não tem acesso ao saneamento. A mortalidade materna permanece alta.

Ao que parece, o sucesso da assistência médica universal na Indonésia depende de tempo, velocidade, impulso, confiança e investimento inicial. Em muitos países em desenvolvimento, os especialistas em política de saúde perguntam, retoricamente: “O que vem primeiro, o plano de saúde ou os médicos?”, sugerindo que o avanço da cobertura universal é proporcional à velocidade de disponibilização de pessoal e infraestrutura de saúde e vice-versa. Embora isso seja sempre verdade até certo ponto, articular uma visão, ter um plano e criar impulso são algumas das melhores maneiras com o uso das quais os governos podem fazer melhorias rápidas e duradouras no status do sistema de saúde. Também importante é ser profissional e transparente na maneira como o plano é executado.

Segundo Rastogi (2013) embora cerca de três quartos dos hospitais pertencem ao setor público, o entusiasmo de alguns atores do setor privado é crucial para o desenvolvimento sustentável. Em conversas com organizações de saúde do setor privado na Indonésia, notamos algumas tendências emergentes. A primeira, caracterizada pela Siloam, principal prestador privado de serviços de saúde, é

fornecer serviços para o JKN sob o mesmo teto de suas instalações privadas. A Siloam planeja construir cerca de quarenta hospitais até 2017, quase triplicando o número de leitos para cerca de 10 mil. Algumas de suas instalações privadas estão localizadas junto às públicas, proporcionando padrões decentes de cuidados à população em geral.

A segunda tendência é que o setor privado adote a saúde universal, porém entendendo que a inevitável superlotação dos hospitais públicos, por meio de um melhor acesso, encorajará as classes médias e aspirantes a buscarem instalações privadas. Algumas previsões sugerem que as classes média e abastada da Indonésia dobrarão entre 2013 e 2020, passando de 74 milhões para 144 milhões de pessoas. Algumas operadoras se concentrarão exclusivamente nessa corte e buscarão expandir-se para cidades de segundo nível (como está acontecendo na Índia).

Os atores do setor privado, fora da área da saúde, também estão interessados em fazer investimentos de longo prazo. Porém, uma das principais preocupações deles era a disponibilidade de pessoal médico e de enfermagem de alta qualidade, especialmente agora que as autoridades médicas indonésias restringiram a chegada de médicos estrangeiros. Essa política, impulsionada pelo protecionismo entre os médicos, bloqueia uma das principais opções para lidar com a grave escassez de pessoal médico. O plano atual para lidar com a crise, acelerando o número de graduados, parece ambicioso demais. O papel crescente do setor privado nos cuidados de saúde levanta questões sobre o acesso para a população em geral. Existem leis que obrigam os operadores privados a fornecer serviços subsidiados aos pobres, mas há muitos casos em que eles cobram taxas significativas de desembolso.

Britnell (2015) conclui que à medida que persegue sua ambição em estabelecer o maior sistema de saúde do mundo, a Indonésia tem uma vantagem incomum: o Presidente Widodo possui experiência em primeira mão, na implementação de um sistema de seguro de saúde, tendo criado um similar em Jacarta, quando era governador. O tamanho da população, o afastamento de muitas áreas, a pobreza endêmica e o elevado ônus da mortalidade significam que levará muitos anos para estabelecer a assistência universal à saúde, mas a ambição do país é louvável. Se eles continuarem no caminho da reforma, darão esperança a

outros países de baixa renda. Como sempre, a estabilidade financeira e política será crucial para o sucesso a longo prazo.

4.1.8 Austrália – Advance Australia Fair

Segundo o The Australian (2014) a cada semana, a população da aumenta em 8 mil pessoas, metade das quais procura viver nas cidades cosmopolitas de Sydney e Melbourne. A Austrália tem agora uma população de mais de 23 milhões de pessoas e compensações difíceis estão sendo feitas entre saúde, infraestrutura e outras despesas públicas para lidar com suas dívidas.

Em 1991, o serviço de saúde australiano era um dos melhores do mundo. Atualmente, ocupa o quarto lugar na classificação do Fundo da Comunidade das Nações Britânicas, mas não se desenvolveu com a rapidez que deveria.

De acordo com Commonwealth Fund (2014) o processo de reforma e rejuvenescimento foi frustrado pelo jogo político de culpa, entre o governo federal e os governos estaduais. Ao contrário do Canadá, que delega quase todo o controle de saúde às províncias, a Austrália geralmente tem autoridades federais que administram os cuidados primários, e os estados que administram os cuidados hospitalares. Isso, somado à política fracionária do país, retardou as reformas necessárias para adaptar os modelos de atendimento às necessidades futuras, especialmente as demandas envolvendo doenças crônicas e envelhecimento.

Para o World Bank Statistics (2013) os cuidados de saúde australiano têm muitos pontos fortes. Com um gasto de 9,4% do Produto Interno Bruto (PIB) em saúde, cerca da média da Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), a expectativa de vida é alta, 82,2 anos e os resultados clínicos são bons. Houve uma redução substancial nas mortes por ataques cardíacos e outras doenças circulatórias, e a Austrália pode alegar ter uma das menores taxas de tabagismo do mundo (16%, comparado a 34% em 1983).

Segundo o Australian Government (2013) uma das principais características do sistema australiano é sua pluralidade: os setores público e privado desempenham um papel importante no financiamento quanto na prestação de cuidados, foi criado em 1984 com o objetivo de disponibilizar “o meio mais equitativo e eficiente de fornecer cobertura de seguro de saúde para todos os australianos”. Basicamente, o Medicare sempre foi um sistema de financiamento em vez de um

provedor, tendo três componentes principais: o Medicare Benefits Schedule (que oferece assistência não hospitalar subsidiada), o Pharmaceutical Benefits Scheme (que subsidia os custos de medicamentos) e o livre acesso à maioria dos cuidados hospitalares para aqueles que escolhem ser pacientes públicos. O Medicare é financiado através de um hipotético imposto de renda de 2%, com o restante coberto por impostos gerais.

4.1.8.1 O saldo do financiamento público e privado

Segundo o Australian Government (2013) ao longo de décadas, tem havido uma grande quantidade de experiências políticas que pesquisam o equilíbrio certo entre financiamento público e privado. Governos recentes encorajaram pessoas a comprar seguro de saúde privado na tentativa de conter os custos do Medicare. Por um lado, isso tem sido bem-sucedido: cerca de 55% dos australianos têm agora alguma forma de cobertura de saúde privada (em comparação com 30% nos anos 1990). No entanto, os custos continuam a subir drasticamente e está previsto que as despesas do Medicare aumentarão de A\$ 19 bilhões, em 2013-14, para A\$ 23,6 bilhões, em 2016-17. No total, o governo agora responde por cerca de 67% dos gastos, marcadamente inferior à média da OECD de 72%.

O setor de fornecedores na Austrália é similarmente misturado. Atualmente, os hospitais privados respondem por cerca de um terço dos leitos (metade com fins lucrativos e a outra metade sem fins lucrativos) e são responsáveis por dois terços dos cuidados eletivos. Essa abordagem produziu um bom sistema de atendimento eletivo, com tempos de espera aceitáveis e opções decentes nos hospitais públicos e privados. No entanto, a fraca integração entre os serviços de emergência, comunitários e de cuidados primários está causando problemas nos setores de emergenciais. Alguns estados, como Nova Gales do Sul, estão pesquisando os benefícios de uma maior colaboração entre os hospitais e o cuidado primário: O Programa de Assistência Integrada de Nova Gales do Sul está incentivando vários modelos de colaboração entre distritos de saúde locais, organizações de cuidado primário e clínicos gerais.

4.1.8.2 Barreiras contra a mudança

Segundo o Australian Government (2013) o sistema misto de financiamento e fornecimento implementado pela Austrália adicionou uma capacidade muito necessária e manteve um alto nível de qualidade. No entanto, uma distribuição fragmentada de poder e controle criou uma das barreiras mais duradouras à mudança no sistema. A Austrália sofre do “triplo impacto” das diferentes fontes de financiamento (federal e estadual), diferentes fontes de obtenção de recursos (primárias e secundárias) e das diferentes relações de trabalho (alguns médicos e o restante da equipe hospitalar). Isso dificulta uma reforma em grande escala. À medida que o ônus da doença muda para as doenças crônicas, os pontos de pressão têm destacado a necessidade de uma abordagem coordenada entre as diversas fontes de financiamento e a prestação de serviços. A integração dos cuidados é cada vez mais urgente em termos de qualidade do atendimento e sustentabilidade do sistema, mas a dificuldade de se mudar o *status quo* está se evidenciando. Um exemplo disso são os sistemas de pagamento, que não podem passar do reembolso episódico (e, para a maioria dos médicos de atenção primária, do fee-for-service) para a contratação baseada em títulos através de poderosas defesas do *status quo*, especialmente pelo sistema médico.

Uma das tentativas mais sérias de reformar o sistema de saúde recaiu sobre as administrações de Rudd/Gillard, no período 2007-13. Em 2008, a Comissão Nacional de Reforma Sanitária e Hospitais foi criada para tratar de muitas questões profundas e enraizadas. Com um conjunto ambicioso de 123 recomendações, a comissão tentou reformar o financiamento e a prestação. Órgão decisório supremo que representa todos os estados e territórios, o Council of Australian Governments, (COAG), concordou que o governo federal assumiria a responsabilidade pelo cuidado primário e pelo financiamento majoritário dos hospitais públicos, pagando uma parcela de 60% dos custos, usando uma abordagem de financiamento eficiente e baseada em atividades. A governança deveria ser fortalecida com maior descentralização dos conselhos hospitalares agregados, maior eficiência, por meio de uma nova Autoridade Independente de Precificação Hospitalar, e transparência por meio de uma Autoridade Nacional de Desempenho Sanitário. As instalações do Medicare Locals foram criadas para apoiar ações preventivas em comunidades locais e coordenar melhor o atendimento de doenças crônicas. Em 2015 foram substituídas pelas Redes de Cuidados Primários.

De acordo com COAG (2014) na época, essas recomendações receberam amplo apoio, mas quando a nova coalizão de direita tomou posse em 2014, o presidente do Conselho de Reforma do COAG reportou os resultados do sistema de saúde após cinco anos de reformas. Houve progresso na expectativa de vida, na mortalidade infantil e no acesso aos cuidados primários, e também uma pequena melhora nos serviços de emergência, mas os tempos de espera por cirurgias eletivas aumentaram ligeiramente, e os idosos tiveram que esperar mais tempo para receber cuidados residenciais. Portanto, o relatório mostrou progressos, mas estes foram desiguais e limitados. As mudanças não tiveram tempo suficiente ou ímpeto para incentivar uma maior colaboração entre os níveis federal e estadual ou entre hospitais, cuidados primários e serviços comunitários.

De acordo com Commonwealth of Australia (2014) nas eleições gerais de 2014, as questões mais importantes foram a economia e a dívida. O novo governo agiu rapidamente e reverteu muitas das reformas, argumentando que o custo não havia produzido benefícios suficientes para pacientes ou contribuintes. O orçamento da Saúde, publicado em maio de 2014, deu prioridade às medidas para reativar e economia e reduzir a dívida “a fim de construir uma economia forte e próspera, e uma Austrália segura e protegida”. Esperava-se que os cidadãos contribuíssem mais com o custo de seu próprio atendimento. Bilhões de dólares tiveram que ser retirados dos orçamentos, incluindo a conclusão de um programa de saúde preventiva em nível estadual. Uma coparticipação de A\$ 7 foi proposta para consultas com clínicos gerais, juntamente com cortes na rede de segurança do Medicare, mas ambos foram derrotados pelo Senado após uma reação da população.

Em defesa de suas decisões, a coalização destacou o aumento dramático e inacessível dos custos com saúde, observando que durante os onze anos anteriores, aumentos nos gastos com saúde foram maiores do que o crescimento combinado de todas as outras áreas importantes dos gastos governamentais. Como os políticos frequentemente nos lembram, “governar é escolher” e a coligação deu prioridade à redução da dívida e a uma economia mais forte, esperando que, com o tempo, produzam o crescimento necessário para financiar a saúde. Dinheiro apenas, no entanto, não resolverá os problemas profundos que ficam cada vez mais prementes à medida que a população cresce e envelhece. Problemas estruturais e

atenção fragmentada continuam sendo características proeminentes, e as pressões de demanda e oferta continuam em ritmo acelerado.

4.1.8.3 Reformas nos estados e territórios

De acordo com COAG (2014) futuros acordos de financiamento entre as esferas federal e estadual são agora parte de uma grande revisão do COAG – a Reforma da Federação – que recomendará política sobre os papéis, responsabilidade e contribuições dos estados e territórios e do governo federal. O governo federal sinalizou sua intenção de fixar as contribuições aos estados para hospitais públicos, a partir de 2017-18, criando assim um iminente “abismo fiscal” que sinalizará novas melhorias em produtividade e eficiência.

Enquanto isso, alguns estados estão tentando seus próprios caminhos, mais limitados, para a reforma. O estado de Queensland está se movimentando em direção a uma maior combinação público-privada, com a Austrália Ocidental avançando em uma direção similar. O estado de Nova Gales do Sul está avaliando os benefícios de uma maior colaboração entre hospitais. A Tasmânia está bem adaptada a uma maior integração dos cuidados primários e secundários e pode ser uma plataforma de teste para novas vias de atendimento. A Austrália do Sul continuará a fortalecer o cuidado primário, a saúde mental e os serviços hospitalares, e os Territórios do Norte continuarão seu bom trabalho em saúde aborígene, serviços comunitários e estruturas descentralizados de prestação de contas.

Deixando de lado sua política indiferente, a Austrália é lugar magnífico para se viver. Ocupa o primeiro lugar no Better Life Index, da OECD de 2014, que mede os determinantes sociais que apoiam a boa saúde mental, como emprego, participação cívica, educação, sendo de comunidade e equilíbrio entre trabalho e vida privada. É um lugar atraente para os médicos e, durante a última década, centenas de médicos saíram da Europa para a Austrália. O salário é melhor, as horas são mais curtas, é mais fácil se encontrar e o estilo de vida é atraente. Em geral, considera-se que os médicos lidam com menos burocracia e têm mais liberdade, embora isso não corresponda necessariamente a melhores cuidados.

4.1.8.4 Saúde mental progressiva

De acordo com COAG (2014) uma das características mais notáveis do sistema de saúde australiano é sua abordagem progressiva à saúde mental. Ao se distanciar do modelo antigo de “amenizar” pacientes psiquiátricos em hospitais, a Austrália desenvolveu um sistema comunitário proativo com muitos serviços, tais como tratamento de crises e tratamento domiciliar, intervenção precoce e sensibilização assertiva com base em uma abordagem de ciclo de vida.

O acesso aos serviços psicológicos aumentou graças à iniciativa para um Melhor Acesso. Outros serviços incluem o programa de Ajudantes Pessoais e Mentores e o programa de Suporte à Vida Cotidiana na Comunidade. O treinamento policial foi aprimorado no trabalho com pessoas que sofrem de doença mental e os desenvolvedores australianos têm dado apoio a uma série de intervenções móveis baseadas em computadores e muito inovadoras para melhoria da saúde mental.

Contudo, ainda há espaço para melhorar os serviços de saúde mental, já que a combinação de fundos federais e estaduais e a provisão de setores públicos, privados, e voluntários tornam os serviços fragmentados e complexos. Uma Comissão Nacional de Saúde Mental está revisando todo o sistema com o objetivo de criar uma abordagem mais integrada, focando mais no apoio à recuperação. A comissão está preocupada com a saúde mental entre os aborígenes e os ilhéus do estrito de Torres. A taxa de suicídio é aproximadamente o dobro do índice relativo a outros australianos.

4.1.8.5 Indígenas australianos

De acordo com o Australian Institute for Health and Welfare (2014) embora tenha melhorias nos serviços de saúde e em seus resultados para os indígenas australianos (especialmente nas taxas de imunização), persistem disparidades sérias e a expectativa de vida dessas comunidades é, em média, dez anos mais curta que o resto da população.

Segundo o Department for Health and Ageing (2012) entre 1997 e 2010 houve um decréscimo de 24% no número de aborígenes e dos ilhéus do estremo de Torres que morreram de causas evitáveis, um feito notável, mas mesmo assim, o

dobro de crianças nasce com peso abaixo do normal em comparação com crianças não indígenas.

De acordo com o Australian Institute for Health and Welfare (2011) os povos indígenas representam cerca de 3% da população, mas representam menos de 1% da força de trabalho da área da saúde. Todos os povos aborígenes e das ilhas do estreito de Torres têm direito a um exame médico anual destinado aos povos indígenas, mas, entre 2013-14, menos de um em cada quatro compareceu ao exame. Embora o acesso a cuidados em áreas remotas continue a ser um problema, os maus resultados de saúde devem-se principalmente a contínuas desvantagens socioeconômicas, como acesso precário à educação, baixa renda superlotação de moradia e má nutrição.

Para a OECD (2014) apesar de sua imagem esportiva, um dos maiores riscos que a saúde australiana enfrenta é a obesidade. O país apresenta a quinta maior taxa na OECD, depois dos Estados Unidos, México, Nova Zelândia e Hungria.

Segundo o Australian Institute for Health and Welfare (2014) cerca de 57% dos australianos não fazem exercício suficiente e as doenças crônicas são a principal causa de enfermidades e incapacidade, sendo responsáveis por cerca de 90% de todas as mortes.

Britnell (2015) conclui que a Austrália sempre será um ótimo país para se viver, mas deve ser mais ambiciosa em termos de serviços de saúde, se quiser permanecer sustentável e de alta qualidade a longo prazo. Proporciona um excelente atendimento de saúde à maioria de seus cidadãos, mas o desenho dos serviços de assistência e a reforma do sistema devem seguir o mesmo ritmo.

Embora a situação econômica indique que os estados estão priorizando as pressões financeiras que enfrentam, a reforma da saúde deve ser reconhecida como um meio para atingir esses objetivos e não como um luxo ou uma distração. A liderança nacional foi, em grande parte, abandonada em favor da experimentação estadual e regional. O *status quo* continua bloqueado pelo triplo impacto de fontes separadas de financiamento, obtenção de recursos financeiros e emprego. Os australianos estão aumentando em número, idade e mortalidade. O momento de agir é agora.

4.1.9 Índia – Um país, dois mundos

De acordo com Govindarajan (2013) trabalhar em saúde na Índia é realmente ver o melhor e o pior do que os sistemas do mundo têm a oferecer.

As redes privadas de prestadores de serviços de saúde na Índia estão inovando em uma velocidade e escala que quebram o mito de que apenas os países ricos podem pagar por cuidado de alta qualidade. Combinando os métodos das linhas de montagem americanas, as técnicas japonesas de gerenciamento enxuto e um “jugaad” (uma palavra hindu que significa “resolver problemas complexos com soluções engenhosamente simples”), essas organizações são capazes de oferecer níveis de qualidade ocidentais a uma fração do custo.

A Narayana Health, por exemplo, é uma rede de 26 hospitais especializados que aproveitam as economias de escala em todas as oportunidades para melhorar a qualidade e reduzir custos. Sua maior instalação é uma “cidade de saúde” com 5 mil leitos: uma fábrica de cirurgia cardíaca e tratamento do câncer com custos fixos distribuídos entre o maior número de pacientes possível. Aproveita ao máximo a escala, centralizando os serviços de suporte através da rede: a telerradiologia é realizada em um único centro em Bangalore e as compras são unificadas em toda a rede. Com 15% do mercado de cirurgia cardíaca na Índia, a Narayana cria seus próprios suprimentos quando acredita que pode pagar menos pelos produtos, como quando reduziu o preço pago por batas cirúrgicas de US\$ 100 para US\$ 12 por operação, garantindo a um grupo de graduados em negócios um contrato de fornecedor único caso conseguissem desenvolver um produto similar por um custo menor.

Onde a centralização é menos viável – por exemplo, quando se trata de melhorar o acesso fora das grandes cidades – a Narayana está determinada a cortar custos onde estes não agragam valor ao atendimento ao paciente. Recentemente concluiu sua primeira instalação de baixo custo, um hospital cardíaco de trezentos leitos, construído em seis meses a um custo de US\$ 6 milhões. Em última análise, o objetivo audacioso de Narayana é realizar operações cardíacas a um custo de US\$ 800 por paciente.

Govindarajan (2013) continua, dois outros provedores privados, líderes no mundo – Apollo Hospital e Aravind Eye Care – seguem um modelo similar de uso de volume para aumentar a qualidade e reduzir custos. Uma parte importante da

fórmula é aproveitar ao máximo as habilidades profissionais raras dos médicos: eles só atuam em tarefas que exigem a intervenção de um médico, enquanto outras atividades, como o atendimento pré e pós-operatório, são delegadas a trabalhadores de apoio a tarefas especializadas. Os médicos do Aravind realizam de 1.000 a 1.400 cirurgias oculares por ano, em comparação com uma média de quatrocentas entre os médicos americanos. Isso é alcançado garantindo que médicos façam apenas o que somente médicos podem fazer.

Para o Ibid a tecnologia – outro recurso escasso – também é explorada ao máximo, como no caso da Apollo, onde os escâneres operam 24 horas por dia, com preços mais baratos nos períodos de menor movimento. Tanto o Aravind quanto a Apollo estratificam a sua estrutura de preços para os pacientes, de modo que os riscos indiretamente subsidiem os pobres, permitindo novamente que os volumes aumentem e os preços para aqueles que de fato pagam sejam menores.

Muitos esperam que este método de linha de produção resultasse em piores resultados, mas tanto o Aravind quanto o Apollo demonstram resultados equivalentes (e, em alguns casos, melhores) aos resultados típicos no Ocidente, devido à estreita relação entre volume e qualidade na cirurgia – quanto mais alguém faz um procedimento, melhor ele fica.

4.1.9.1 O peso dos custos catastróficos

Segundo o World Bank (2012) infelizmente, essas ilhas de excelência estão longe de ser a norma. Das 1,2 bilhão de pessoas na Índia, apenas cerca de 300 milhões têm algum tipo de seguro de saúde, e os serviços a que podem ter acesso costumam ser de qualidade duvidosa. Isso deixa a Índia com uma taxa muito elevada de despesas catastróficas em saúde: 18% de todos os domicílios. O governo tem informado que quase todos os casos de internação, mesmo em hospitais públicos, levam a despesas exorbitantes. Cerca de 63 milhões de pessoas enfrentam a pobreza todos os anos devido aos custos de saúde, tornando essa a principal causa de famílias voltarem a ficar abaixo da pobreza.

De acordo com o Unicef (2014) a situação da maioria dos indianos é tão ruim que até mesmo falar sobre hospitais pode parecer prematuro para alguns. O acesso à água potável, ao saneamento e a uma dieta adequada são tragicamente baixos. Metade das crianças do país é subnutrida (50% de todas as crianças desnutridas do

mundo) e 5% morrem antes de atingirem a idade de cinco anos. Muitas dessas mortes são devidas a doenças diarreicas que poderiam ser curadas com sais de reidratação que custam menos de 1 dólar.

Para World Bank Statistics (2013) apenas um terço da população (36%) tem acesso a serviços de saneamento adequados. Portanto, por mais empolgantes que sejam os novos hospitais supereficientes que surgem na Índia, as melhorias mais significativas na expectativa de vida serão alcançadas por meio de elementos básicos como alimentos, banheiros e vacinas.

Segundo o World Bank Statistics (2012) a Índia gasta muito pouco com saúde: apenas 4% do Produto Interno Bruto (PIB), ou seja, US\$ 61 por pessoa por ano. Isso se compara aos 322 dólares da China, 887 dólares da Rússia e 1.056 dólares do Brasil.

Para o Ministry of Health and Family Welfare (2014) a participação do governo nesses gastos também é muito pequena: apenas 4% do orçamento do governo indiano vai para a saúde (1% do PIB total). Com números como esses, não é de surpreender que a Índia tenha uma das maiores taxas do mundo de pagamentos diretos feitos pelos pacientes.

De acordo com o World Bank Statistics (2013) esses recursos limitados são aplicados de maneira desigual. Incrivelmente, apenas 2% dos médicos na Índia trabalham em áreas rurais, embora 68% da população viva lá. Existem grandes e crescentes desigualdades em saúde entre as regiões.

Dados do India National Census Statistics (2012) estados como Kerala têm uma taxa de mortalidade infantil de 12 por 1.000 nascidos vivos, enquanto no estado rural de Assam é de 56 por 1.000 nascidos vivos. Serviços de saúde divididos em categorias estão cada vez mais em vigor, e existe um perigo muito real de que esse sistema paralelo seja permanentemente consolidado. Se o governo não agir rapidamente centenas de milhões de pessoas ficarão para trás, o que será um grande obstáculo para o desenvolvimento econômico da Índia, e uma séria fonte de futuras agitações populares.

Para o Ministry of Health and Family Welfare (2014) a história da política de saúde do governo até o momento pode ser resumida, em termos gerais, como sendo de incentivo à expansão do setor privado, juntamente com programas de saúde pública bem planejados, mas limitados. A Missão Nacional de Saúde Rural foi estabelecida em 2005, e desenvolveu uma força de trabalho de 900 mil voluntários

de saúde comunitária e 178 mil novos trabalhadores de saúde pagos. A ênfase é colocada principalmente na saúde reprodutiva e no controle de doenças prioritárias específicas, com transferências de renda e uma frota de 18 mil ambulâncias para tentar melhorar o acesso às instalações que, de forma dispersa, existem nas áreas rurais. Em 2013, foi lançado um programa equivalente para favelas urbanas – a Missão Nacional de Saúde Urbana – com uma abordagem semelhante para melhorar o acesso ao atendimento médico primário e à saúde reprodutiva, por meio de voluntários, agentes comunitários de saúde, comitês de saúde da mulher e pequenos centros de atenção primária.

Segundo a PWC (2013) enquanto isso, o setor privado vem crescendo com a ajuda estadual. Oitenta por cento dos novos leitos construídos na Índia durante a última década estão em instalações com fins lucrativos, principalmente empresas com um só proprietário e de qualidade variável. O governo criou um ambiente fértil para este crescimento através de generosas isenções fiscais e alocação preferencial de terras. No entanto, o rápido crescimento do setor privado de saúde da Índia não é coordenado e, conforme visitas recentes em hospitais maiores, fica claro que há excesso de capacidade em muitas cidades. Com a recente liberação das regras que regem o investimento estrangeiro no setor de saúde, é perceptível um período de consolidação para o setor privado de saúde na Índia.

A boa notícia é que, sob o governo de Narendra Modi, a Índia teve seu primeiro plano nacional de saúde em treze anos. O objetivo da 2015 National Health Policy (NHP) é ousado: tornar os cuidados de saúde um direito legal fundamental e fornecer um nível básico de cobertura primária, preventiva e de emergência em todo o país até 2019. Embora grande parte dessa meta seja transferida para o nível estadual, as características básicas da política serão o livre acesso a medicamentos, diagnósticos e emergências, e a expansão de programas preventivos voltados à nutrição, saneamento, acidentes de trânsito e poluição. Assim sendo, o primeiro orçamento do Partido Bharatiya Janata (BJP) não contemplou o financiamento e a reforma de saúde que muitos esperavam. O tempo dirá.

A Índia precisa de um sistema de saúde universal que funcione se quiser cumprir suas ambições como potência econômica mundial. Os objetivos do NHP estão corretos, mas falta uma abordagem coerente sobre como eles serão alcançados, especialmente no setor privado que, ao mesmo tempo, engloba (contratação de serviços ambulatoriais) e evita (manter público o atendimento

médico primário). Isso pode indicar uma mistura sofisticada do melhor dos dois mundos ou, mais provavelmente, que seções separadas da política foram criadas por equipes distintas dentro do Ministério da Saúde.

4.1.9.2 Má gestão e corrupção

De acordo com Kalra (2014) estima-se que o custo de implementação do programa nacional de saúde reprodutiva seja de US\$ 26 bilhões em quatro anos, mais que o dobro da proporção de gastos públicos em saúde (de 1% a 2,5% do PIB). Portanto houve desalento quando, alguns meses após o anúncio do NHP, o orçamento de saúde da Índia foi reduzido em 25%. Embora seja um sinal decepcionante, isso destaca um dos maiores desafios enfrentados pelos esforços da Índia para alcançar a cobertura universal de saúde: até mesmo o pouco dinheiro disponível deixa de ser gasto dentro do prazo. A má administração, a burocracia e a corrupção são endêmicas em todos os níveis do sistema de saúde e constituem um grande obstáculo para que o dinheiro alcance os beneficiários pretendidos.

Para a mesma Kaira (2015) os especialistas referem-se a isso como uma falta de “capacidade de absorção” no sistema, mas, em termos práticos significa hospitais vazios, sobreposição de programas e serviços com financiamento insuficiente, com grandes excedentes orçamentais ao final de cada ano. Muitas das autoridades com quem me encontrei estão resignadas com a péssima qualidade da administração do sistema de saúde pública, ou até consideram isso divertido, mas a Índia jamais alcançará grandes avanços na cobertura se o fracasso for tolerado dessa maneira.

Tenho alguma esperança em relação ao futuro da assistência médica na Índia. Seu ritmo e capacidade de alcançar uma melhora frugal já beneficiaram o mundo de muitas maneiras, especialmente graças à sua enorme indústria de medicamentos genéricos, que barateou os preços dos produtos farmacêuticos e contribui para liberar acesso a medicamentos antirretrovirais para milhões de africanos soropositivos, diminuindo o ritmo da epidemia de AIDS e salvando inúmeras vidas. Acredito firmemente que a Índia possa ser um berço global de inovação na prestação de serviços de saúde, mostrando o caminho certo para baixos custos e alta qualidade. O país tem uma enorme oportunidade de usar sua vasta geografia e população jovem como vantagem para o desenvolvimento da telemedicina (m-Health e e-Health) em grande escala. Se o cuidado médico baseado

em protocolos das redes privadas, puder ser combinado com seu vasto setor de centrais de atendimento e sua emergente indústria de dispositivos médicos, a Índia poderia não apenas alcançar sua meta de saúde para todos, mas também desenvolver uma nova e importante exportação mundial acessível de telemedicina e teleatendimento. Os primeiros sinais disso já estão surgindo com ferramentas de aconselhamento materno, como a Dra. Anita e os pilotos realizados em Narayana, para lidar com grandes volumes de pacientes com doenças crônicas por meio de telefone, e-mail e mensagens de texto.

De acordo com a PWC (2013) conclui que a Índia tem a oportunidade de se tornar uma universidade e um fábrica para a força de trabalho de saúde global no século XXI. O próprio país precisará de mais de 3 milhões de médicos nos próximos anos, uma necessidade que não será nem em parte atendida, se contar apenas com o seu atual modelo de treinamento e educação profissional, ao estilo ocidental, ensinando por uma série de escolas médicas tradicionais e mal equipadas. Sem em vez disso puder aproveitar alguns dos métodos mais radicais para atingir o objetivo de Modi, de “a força de trabalho mais competitiva do mundo”, é possível redesenhar a educação médica com componentes on-line e remotos importantes, e uma abordagem muito mais focada nas habilidades que os médicos precisarão para suas especialidades específicas. Reduzir o tempo e o custo da formação médica ajudaria a Índia a não apenas preencher as enormes lacunas em sua força de trabalho do setor de saúde, mas também poderia transformá-la em um exportador global de talentos dessa área, combinando a precisão da educação médica ocidental com os valores orientais de dignidade e respeito.

Com base na posição atual, essas ideias podem parecer absurdas, mas o ritmo da mudança social e econômica na maior democracia do mundo é impressionante. Eu estava em Deli no dia em que o BJP foi varrido do poder no estado, por um partido de dois anos, o Aam Aadmi (AAP, ou Partido do Homem Comum). A vitória esmagadora de maior dimensão na história eleitoral do estado foi impulsionada por um movimento popular que exigia eletricidade mais barata, melhor acesso à água e o combate à corrupção.

Britnell (2015) conclui que até agora, por razões que não são claras para ele, as pessoas na Índia, em sua maioria, toleram assistência médica de má qualidade ou falta dela. Talvez tenham esperança de que a crescente onda da classe média econômica chegue até elas, mas o progresso não será rápido o suficiente para a

maioria, e, se, a Modi não cumprir seus compromissos de alcançar cobertura universal de saúde nos próximos anos, o dia do julgamento final não estará longe.

5. REPENSADO A SAÚDE: REMUNERAÇÃO BASEADA EM VALOR

5.1 Princípios da competição baseada em valor

De acordo com Porter (2007) a maneira de transformar o sistema de saúde é realinhar a competição com o valor para os pacientes. O valor na assistência à saúde é o resultado obtido na saúde por dólar gasto. Se todos os participantes do sistema tiverem que competir em valor, o valor melhorará drasticamente. No entanto, por mais simples e óbvio que isso possa parecer, e melhoria do valor não tem sido a meta central dos participantes do sistema. Em vez disso, o foco tem recaído na minimização dos custos e na luta sobre quem vai pagar pelo quê. O resultado é que muitas das estratégias, estruturas organizacionais e práticas dos vários atores no sistema estão seriamente desalinhadas com o valor para o paciente.

No nível mais básico, a competição na assistência à saúde deve acontecer onde o valor é de fato criado. E aqui reside uma parte bem do problema. O valor na assistência à saúde é determinado considerando-se a condição de saúde do paciente durante todo o ciclo de atendimento, desde a monitoração e prevenção, passando pelo tratamento e estendendo-se até o gerenciamento da doença. O problema é que a competição não vem acontecendo no nível de condição de saúde, nem no nível de ciclo de vida completo de atendimento.

No atual sistema, a competição é, ao mesmo tempo, demasiadamente ampla, demasiadamente restrita e demasiadamente local. Da perspectiva de valor, os participantes do sistema definiram equivocadamente o negócio relevante. A competição se dá em linhas amplas de serviços, e não nos serviços individuais. Os prestadores oferecem todos os serviços possíveis e se dispõem a tratar de qualquer paciente que entre pela porta. O que importa é a capacidade do prestador entregar valor em cada condição de saúde específica.

A competição no atual sistema é também restrita demais, um resultado aparentemente paradoxal. A razão é que a competição ocorre em nível de intervenções isoladas, e não no ciclo completo do atendimento, e não um

procedimento, serviço, consulta ou exame isoladamente. Os médicos atuam como livres agentes, atuando na sua especialidade e faturando separadamente. Transitar pelo ciclo de atendimento é um desafio e tanto. Ninguém assume uma perspectiva de ciclo de atendimento completo, incluindo medidas para evitar a necessidade de intervenções (prevenção) e o contínuo gerenciamento das condições de saúde para evitar a recorrência (gerenciamento de doenças). A atual estrutura mantém formas de organizar uma medicina que há muito já se tornou obsoleta. As consequências adversas para o valor ao paciente são enormes.

Para finalizar (Porter, 2007) a competição no atual sistema é demasiadamente local, porque é centrada em instituições locais relativamente pequenas e herméticas, que só atendem a necessidades locais. Os serviços são prestados e gerenciados localmente. Esse viés de “localidade” na assistência à saúde é um retrocesso a uma era anterior, a uma época em que a assistência à saúde era menos complicada e viajar era mais difícil. Ele foi institucionalizado pelas estruturas de propriedade e governança prevalecentes nas instituições prestadoras de serviço, pelas práticas regulamentares e de pagamento, e por não haver uma prestação de contas por parte dos prestadores locais. O viés da “localidade” no sistema de saúde significa que muitos prestadores oferecem serviços nos quais eles carecem de volume e experiência para serem realmente excelentes, e também que o excesso de capacidade e a tendência de a oferta criar demanda são quase garantidos.

Os princípios da competição baseada em valor, são:

- O foco deve ser o valor para os pacientes, e não simplesmente a redução de custos;
- A competição tem que ser baseada em resultados;
- A competição deve estar centrada nas condições de saúde durante todo o ciclo de atendimento;
- O atendimento de alta qualidade deve ser menos dispendioso;
- O valor tem que ser gerado pela experiência, escala e aprendizado do prestador na doença/condição médica em questão;
- A competição deve ser regional e nacional, não apenas local;
- Informações sobre resultados têm que ser amplamente divulgadas para apoiar a competição baseada em valor;

- Inovações que aumentam o valor têm que ser altamente recompensadas.

A competição baseada no valor dos resultados é o único antídoto para os problemas de ineficiência e de qualidade que infestam o sistema de saúde. A competição baseada em resultado é uma rota muito, muito mesmo, mais confiável em direção à eficiência, à qualidade e a rápidas melhorias em valor. O sucesso no atual sistema depende imensamente de liderança pessoal e extraordinária visão para contrabalançar a competição.

Para Teisberg (2007) a competição baseada em valor exige uma transformação da prestação dos serviços de saúde. O modelo de unidades de práticas integradas implica uma concepção de prestação dos serviços de saúde bem diferente da prevalecente no sistema atual. Nele, a assistência é organizada em torno de condições de saúde e é medicamente integrada através das especialidades, tratamentos e serviços, e ao longo do tempo. Equipes dedicadas utilizam instalações projetadas para proporcionar valor máximo à prestação de serviços à condição de saúde que está sendo abordada. A assistência é estreitamente coordenada através de todo o ciclo de atendimento, e as informações sobre o paciente vão sendo acumuladas e extensamente compartilhadas. Os resultados (de saúde e respectivos custos) são mensurados, analisados e relatados. Todas as entidades envolvidas na unidade de prática integrada aceitam responsabilidade conjunta e prestação de contas pelo desempenho.

6. CONCLUSÃO

O aumento na expectativa de vida durante o século XX é uma das maiores conquistas recentes da humanidade. Saneamento, água potável, educação, vacinação e medicina desempenhando tem papel relevante, mas a missão, cada vez mais importante dos sistemas de saúde em ajudar a humanidade e desfrutar de uma maior longevidade, não deve ser subestimada. Os seres humanos já passaram por aproximadamente 8 mil gerações, mas somente nos últimos quatro ou cinco anos a expectativa de vida aumentou significativamente. Na idade do bronze, a expectativa média de vida era de menos de trinta anos e hoje está um pouco acima de setenta anos (variando Japão, a mais alta, cerca de 84 anos, a Serra Leoa, 38 anos). Os sistemas de saúde contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento da humanidade.

É praticamente por causa da longevidade que nosso sistema de saúde precisa mudar novamente. À medida que as pessoas envelhecem, mais doenças crônicas afetam nossos corpos. Nosso estilo de vida estimula isso – pelo menos no Ocidente. Se o século XX marcou o auge dos cuidados de saúde, o século XXI deve anunciar a era da saúde. Não se trata de diminuir o papel dos hospitais e dos sistemas de saúde, mas eles terão que mudar se a saúde da população for primordial. Portanto, devemos celebrar o que alcançamos ao nos prepararmos para a próxima grande transformação: uma vida saudável.

Para isso, temos que reconhecer que, mesmo hoje, grande parte da população mundial não tem acesso a cuidados de saúde universais. Na melhor das hipóteses, apenas 40%, dos 192 países do mundo têm alguma possibilidade de acesso. À medida que a riqueza mundial cresce e se torna polarizada, é ainda mais importante que os líderes políticos pensem a longo prazo e de forma global e nem sempre a curto prazo a nível nacional. Estima-se que, em 2016, metade da riqueza mundial estava nas mãos de apenas 1% dos mais ricos. Essa polarização é maléfica para a saúde, nem de ricos, nem de pobres. Por exemplo, uma vacina para o ebola poderia ter sido descoberta anos atrás, mas o vírus foi considerado pelos países ricos como uma doença dos pobres, dos africanos pobres, mais especificamente. Foi somente por causa do nosso mundo globalizado e cada vez mais conectado, que os países ricos ficaram alarmados quando pessoas infectadas cruzaram suas

fronteiras e testes da vacina começaram a ser feitos em larga escala de um dia para outro.

Conforme comentou o editor de economia da BBC, Robert Peston: “O que a tragédia evitável do ebola nos mostra é que, em um estudo globalizado, os interesses de ricos e pobres são muitas vezes os mesmos, embora seja difícil para as empresas reconhecer essa reciprocidade de interesses quando são forçadas a obter lucros a curto prazo.

Lembrando que, vontade política, capacidade de gestão, tempo e dinheiro são necessários para garantir a assistência médica universal, mas não deixam de ser um sábio investimento em nosso futuro coletivo.

Mas, afinal, qual é o melhor sistema de financiamento? Digamos que o caso da assistência médica universal envolva uma forte convicção moral, econômica e política. O obstáculo real, além da vontade política, é o dinheiro. Um forte debate político e ideológico está ocorrendo em todo o mundo sobre a melhor maneira de financiar a assistência universal e os serviços de saúde. Essa é uma questão difícil de julgar, uma vez que todos os sistemas de saúde são produtos da sociedade, suas normas e sua cultura. Diferentes sistemas são financiados por diferentes meios: impostos gerais, previdência social, contribuição do empregador, contribuição do empregado ou ajuda internacional, subsídios, doações de caridade e imposto sobre atividades consideradas imorais.

Esse é o ponto fundamental. Não há cuidados de saúde gratuitos; é uma simples questão de quem paga pelo atendimento. A política é a arte imperfeita de decidir “quem recebe o quê” como e quando. Contribuições pessoais elevadas criam dificuldades financeiras para as famílias, suprimem o poder de compra e diminuem o crescimento econômico, ao passo que os altos gastos do governo aumentam os impostos, sobrecarregam as empresas e retardam o crescimento econômico. Há méritos e fraqueza em ambos os argumentos, mas, em minha opinião, há uma tendência de longo prazo que delineia um caminho através dessas posições ideológicas.

Os sistemas de seguro oferecem um pouco mais de escolha e conveniência, mas os benefícios para a população em geral não superam os custos adicionais incorridos. De uma maneira geral, os seguros repassam muito rapidamente custos médicos ou inflação de preços para clientes e consumidores. Embora, às vezes,

avanços nos cuidados médicos sejam implementados com rapidez, os custos são repassados mais rápido ainda.

Portanto, em um sistema de precificação de pagador único ou dominante, a inovação pode ser mais lenta, mas há pressão para baixo sobre os prestadores de serviços e fornecedores, o que ajuda a população em geral com o passar do tempo. A longo prazo, um sistema dominante de pagamento e preços é mais capaz de conquistar o triplo objetivo de melhorar a saúde, o atendimento e o valor para a população em geral. Essa é uma tendência para os cuidados de saúde, pois pode permitir que fundos adicionais sejam alocados a outras áreas, como a educação e o estímulo econômico, que também contribuem com a saúde e o bem-estar. Ficou esclarecido que há pouca correlação consistente entre gastos elevados com saúde e um bom nível de saúde, mas, certamente, sabemos que muitos fatores não relacionados à saúde contribuem para o bem-estar e melhoram a satisfação com a vida.

Os países com um sistema de preço único ou pagador dominante parecem ter boa expectativa de vida, custos modestos, bom acesso e baixas coparticipações dos pacientes. Suécia, Itália, Noruega, Dinamarca, Reino Unido, Japão, Espanha e Nova Zelândia têm uma expectativa de vida de cerca de 80 anos ou mais, aplicando cerca de 9% do PIB ou menos. Já os sistemas de seguro oferecem um pouco mais de escolha e conveniência, mas os benefícios para a população em geral não superam os custos adicionais incorridos. Os sistemas de seguro repassam muito rapidamente custos médicos ou inflação de preços para clientes e consumidores. Embora, às vezes, avanços nos cuidados médicos sejam implementados com rapidez, os custos são repassados mais rápidos ainda. Essa relação direta, normalmente imperfeita e assimétrica, entre a seguradora e o indivíduo, geralmente significa que o paciente sai perdendo.

Se um pagador dominante ou um sistema de preços mantém os custos baixos, nada menos que uma transformação fundamental do sistema de pagamento precisa ocorrer para que o valor aumente. O valor é o resultado da assistência médica do paciente dividido pelos custos. A maior parte do mundo desenvolvido e uma proporção preocupantemente alta do mundo em desenvolvimento têm um sistema de remuneração com base no *fee for service*. Embora esse método seja bom para aumentar o volume de atendimento, prestado por profissionais ou organizações independentes, não é o método ideal para gerar valor.

Evidentemente, a transformação não significa nada se os pacientes permanecem beneficiários passivos de mudança. Todas as indústrias que foram transformadas ou que foram fundamentalmente reformadas, através da concorrência, globalização, tecnologia e o poder dos clientes, tentaram tirar proveito do valor inerente criado pelo consumidor. E assim deve ser para a saúde.

Enfim, em um sistema de precificação de pagador único ou dominante, a inovação normalmente é bem lenta, porém, existe uma pressão para baixo sobre os prestadores de serviços e, principalmente, os fornecedores, o que ajuda a população com o passar do tempo. A longo prazo, um sistema dominante de pagamento e preços é mais capaz de conquistar o triplo dos objetivos de melhorar a saúde, o atendimento e o valor para a população em geral.

Se um pagador dominante ou um sistema de preços mantém os custos baixos, nada menos que uma transformação fundamental dos sistemas de pagamento precisa ocorrer para que o valor aumente. O valor é o resultado da assistência médica prestado ao paciente dividido pelo custo total de toda a assistência prestada. Embora esse sistema seja bom para aumentar o volume de atendimento, prestado por profissionais ou organizações independentes, não é o método ideal para gerar valor.

Baseando-me em tudo o que foi apresentado, conclui-se que as unidades de práticas integradas, que analisam doenças por meio de vias e contextos clínicos, são mais sensíveis às necessidades dos pacientes e da população. Na pesquisa aqui apresentada, sobre cuidados baseados em valor - VBR e organizações de cuidados responsáveis, mesmo aqueles procedimentos considerados simples, tais como: reparo de hérnia, artroplastia de quadril e histerectomia, requerem a colaboração de médicos em diferentes contextos de atendimento, como a reabilitação e controle da dor. O pagamento com base em *fee for service* dificulta essa integração e é deficiente no controle de custos.

Transformações dessa grandeza exigem muita vontade, habilidade e muito tempo e dinheiro de transição. Além disso, o mais importante, elas requerem uma mudança fundamental na cultura e uma nova forma de liderança do sistema de saúde. Hoje, existem poucas pessoas ou organizações que são recompensadas e incentivadas por um sistema de saúde sustentável e baseado em valores. As pessoas que dirigem ou trabalham em hospitais estão profundamente preocupadas com o “triplo objetivo” de melhor saúde, melhor atendimento e melhor relação custo-

benefício, mas estão presas a um sistema sobre o qual sentem que têm pouco controle.

7. Referências bibliográficas

ALVAREZ, Manuel S. B. **Terceirização: parceria e qualidade**. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

ABRAMS, M., Nuzum, R., Zezza, M., Ryan, J., Kiszla, J., Guterman, S., (2015). **The Affordable Care Act's payment and delivery system reforms: a progress report at five years**. Available at: <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/may/affordable-care-acts-payment-and-delivery-system-reforms>.

Accessado, 19 de julho de 2021.

BISOGNANO, MAUREEN.; KENNEY, CHARLES. **Buscando o Triple Aim na Saúde. 8 inovadores mostram o caminho para melhor tratamento, melhor saúde e menores custo**. Atheneu, 2015.

Brasil. **Conselho Nacional de Secretário de Saúde. SUS: avanços e desafios**. Brasília (DF), 2006.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado Federal, 1988.

Brasil. Lei n. 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 19 de setembro de 1990b.

BRITNELL, MARK. **Em busca do sistema de saúde perfeito. Da KPMG**, 2018.

BRUM, Analisa De Medeiros. **Endomarketing de A a Z**. Porto Alegre: Doravante, 2008.

China Center for Health Economics Research, **Global hospital management survey – China: Management in healthcare report**, Peking University: Beijing, 2014.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante Do SUS. Para entender a gestão do SUS**. Volume 13, Brasília, 1 Edição, 2011.

DAVEL, Eduardo.; VERGARA, Sylvia Constant. **Gestão com Pessoas e Subjetividade**. São Paulo: Atlas, 2008.

DRUMMOND-LAGE, A. P. Veiga, C. R. P., Veiga, C. P., Melo, A. C., Wainstein, A. J. A. (2020). **Can innovation increase the therapeutic options but accentuate the inequalities in the healthcare system?** Journal of Cancer Policy, Volume 25, 2020, 100237.

Economist Intelligence Unit, **Healthcare report: Japan**, EIU, March 2015).

FIORENTINI, Sandra Regina Bruno. **Planejamento Trabalhista**. São Paulo: Sebrae-SP, 2000.

GIOSA, Lívio Antônio. **Terceirização: uma abordagem estratégica**. São Paulo: Pioneira, 1993.

GOLDSMITH, R. L. **Health Care System Structure and Delivery in the Republic of Korea, in New Visions for Public Affairs**. Delaware School of Public Policy Administration, 2012.

Healthcare report: **Japan**, EIU, December 2014.

HUANG, Y., **What money failed to buy: The limits of China's healthcare reform in Forbes Asia**. Forbes, 3 April 2014.

HOFFMAN, K. Douglas.; BATESON, John E. G. **Services marketing**. Boston, MA: Thomson Learning, 2005.

JIA, Q. Traditional Chinese Medicine could make Health for One true. World Health Organization, 2005.

KELLER, Kevin Lane.; KOTLER, Philip. **Administração de marketing**. São Paulo: Prentice Hall Brasil, 2006.

Korean Statistical Information Service, 2013.

LAS CASAS, Alexandre Luzzi. **Qualidade total em serviços**. São Paulo: Atlas, 2006.

LEIRIA, Jerônimo Souto. **Terceirização: uma alternativa de flexibilidade empresarial**. Porto Alegre: Ortiz, 1991.

LIU, T. and Sun L., **"An apocalyptic vision of ageing in China: Old age care for the largest elderly population in the world"**, in Zeitschrift fur Gerantologie und Geriatrie, 48 (4) 354-64, 2015.

LOVELOCK, Christopher.; WIRTZ, Jochen. **Marketing de Serviços: pessoas, tecnologia e resultados**. São Paulo: Pearson, 2006.

M. Katz, M. Franken, M. Makdisse. **Value-based health care in Latin America: an urgent discussion J Am Coll Cardiol**. 70 (7) (2017), pp. 904-906.

MENG, Q.L. et al., **Trends in access to health services and financial protection in China between 2003 and 2011: A cross-sectional study in The Lancet**, 379 (9818): 805-14 (2012).

MILLS, Daniel Quinn. **Empowerment: um imperativo – seis passos para se estabelecer uma organização de alto desempenho**. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

Ministério da Saúde (BR), **Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Assistência à Saúde; 1990a. v.1, 20p.

Ministry of Health, **Labour and Welfare figures**, 2014.

Ministry of internal Affairs and Communications statistics, 2014.

NASCIMENTO, Amauri M. **Curso de direito do trabalho**. São Paulo: Saraiva, 2008.

National Institute of Population and Social Security Research, 2015.

NEPOMUCENO, L. X. **Técnicas de manutenção preditiva**. São Paulo: Edgard Blucher, 1999.

OLIVEIRA, Marco A. **Terceirização: estruturas e processos em xeque nas empresas**. São Paulo: Nobel, 1994.

OECD health statistics, **Hospital beds per 1,000 population**, 2014.

POLONIO, Wilson Alvez. **Terceirização: aspectos legais, trabalhistas e tributários**. São Paulo: Atlas, 2000.

PORCHE, Germaine.; NIEDERER, Jed. **Coaching**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. Repensando a Saúde. **Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Bookman, 2007.

QUEIROZ, Carlos Alberto Ramos Soares de. **Manual de terceirização**. São Paulo: STS, 1992.

ROMANOSCHI, Paulo Otto. **Terceirizar sem planejar, pode falhar**. São Paulo: Maltese, 1994.

RONCALLI AG. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. In: Pereira AC, organizador. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artimed, 2003.

SANTOS, Valdir Aparecido dos. **Manual prático de manutenção industrial**. São Paulo: Ícone, 2007.

SPILLER, E. S.; SENNA, A. M.; SANTOS, J. F.; VILAR, J. M. Gestão dos serviços em saúde. **Série Gestão Em Saúde da FGV**, 2012.

TAJRA, S. FEITOSA. Gestão estratégica na saúde. **Reflexões e práticas para uma administração voltada para a excelência**. Iátria, 2006 1 Edição.

VARELLA, DRAUZIO.; CESCHIN, MAURICIO. A saúde dos planos de saúde. **Os desafios da assistência privada do Brasil**, Schwarcz, 2015.

World Bank statistics, **Life expectancy at birth**, World Bank, 2013.

XU J., and Yang Y., Traditional Chinese Medicine in the Chinese healthcare system. *Health Policy* 90 (2-3), 133-9, 2009.